MESAS

Bancos de preguntas clínicas: una forma de generar conocimientos en Atención Primaria

Moderadora:

A.I. González González

Médico de familia. Responsable de Sistemas de Información, Gerencia Atención Primaria en el Área 10, Madrid. Miembro del Grupo Asesor de Medicina Basada en la Evidencia de semFYC.

Ponentes:

J.A. Sánchez Sánchez

Médico de Familia. Responsable servicio PREEVID, Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Miembro del Grupo Asesor de Medicina Basada en la Evidencia de semFYC.

I. Pérez Irazusta

Médico de familia. Técnica de Salud Pública, Unidad Docente de MFyC de Guipúzcoa. Equipo de Coordinación de Preguntas Clínicas semFYC y colaboradora del Servicio de Preguntas de Osatzen-Fisterra. Miembro del Grupo Asesor de Medicina Basada en la Evidencia de semFYC.

R. Bravo Toledo

Médico de Familia. Centro de Salud Sector III. Área 10. Madrid.

Introducción y presentación. Necesidad de preguntas clínicas

A.I. González González

Diversos estudios han mostrado la utilidad de los servicios de búsqueda de respuestas basados en la mejor evidencia disponible, que llegan a dar respuesta a más del 70% de las dudas planteadas por médicos generales[1-4]. Estos servicios, desempeñados por documentalistas e incluso médicos generales[2,3], no están exentos de limitaciones y, por el momento no se ha evaluado su coste-efectividad. Sin embargo, son un elemento a explorar debido a su capacidad de reducir el nivel de incertidumbre en el día a día del médico de primaria y de elevar la calidad de la asistencia sanitaria que se presta.

En esta mesa, trataremos de mostrar los numerosos recursos de información en forma de bases de datos de preguntas-respuestas que ya están a disposición de los médicos de familia y que constituyen una gran ayuda para la toma de las decisiones clínicas en el momento de mayor relevancia: mientras se pasa consulta.

Bibliografía

1. Del Mar CB, Silagy CA, Glasziou PP, Weller D, Spinks AB, Bernath V et al. Feasibility of an evidence-based literature search service for general practitioners. Med J Aust. 2001;175:134-7.
2. Swinglehurst DA, Pierce M, Fuller JCA. A clinician informaticist to support primary care decision making. Qual Health Care. 2001;10:245-9.
3. Swinglehurst DA. Information needs of United Kingdom primary care clinicians. Health Info Libr J 2005;22:196-204.
4. Verhoeven AA, Schuling J. Effect of an evidence-based answering service on GPs and their patients: a pilot study. Health Info Libr J. 2004;21(Supl 2):27-35.

Bancos de preguntas clínicas I. Servicio PREEVID: compartir el conocimiento para mejorar la práctica clínica. La experiencia de Murcia-Salud

J.A. Sánchez Sánchez:

Descripción

PREEVID es un servicio de respuestas rápidas basadas en la evidencia dirigido a los profesionales sanitarios. Pueden formular preguntas a este servicio los profesionales médicos y de enfermería de la Consejería de Sanidad - Servicio Murciano de Salud (SMS).

El propósito de este servicio no es la actualización general de conocimientos ni ofrecer respuestas a preguntas genéricas (del tipo por ejemplo, ¿cuál es el tratamiento actual de la hipertensión arterial?); sino que la metodología de búsqueda y tipo de respuesta se adapta al modelo de preguntas clínicas específicas. El objetivo de este tipo de servicios es resolver dudas específicas en la atención a un paciente concreto.

El servicio se ha generado, desarrollado y realizado de forma íntegra en el Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria de la Consejería de Sanidad de Murcia. Entre las funciones de este Centro, además de la gestión del sistema de información sanitaria del Portal Sanitario Regional (MurciaSalud), está la de ofrecer información a los distintos profesionales sanitarios en el ámbito asistencial, incluyendo la valoración crítica de las evidencias científicas. Para ello cuenta entre sus recursos humanos con profesionales Médicos, de Enfermería y Documentalistas. Con esta iniciativa se pretende facilitar el acceso a las mejores evidencias científicas y contribuir a la mejora de la práctica clínica.

Las preguntas se pueden enviar desde un formulario específico accesible en MurciaSalud o a través de fax. El plazo para la obtención de respuestas normalmente es entre 48 y 72 horas, procurando que la respuesta se pueda consultar siempre antes de que transcurran siete días desde su formulación. Cuando la petición es urgente, se intenta que la respuesta esté disponible en un plazo de 24 horas. En estos casos se suele emitir una respuesta provisional, que es completada posteriormente.

Los diferentes documentos localizados son clasificados según una graduación de la evidencia y la respuesta contiene enlaces para acceder al documento completo cuando ello es posible.

El servicio PREEVID comenzó, de forma restringida para los Centros de Salud docentes de la Región en Marzo del 2004, ofertando el servicio a todos los profesionales del SMS y difundiéndolo a través del envío de un tríptico informativo en Marzo del 2005.

Justificación

Incluso para los médicos más experimentados, el trabajo clínico descubre de forma cotidiana numerosas lagunas en el conocimiento[1,2]. Inmediatamente después de ver a los pacientes las necesidades de información y el número de preguntas que surgen son mayores. En un estudio con Médicos de Familia en USA[1] por cada 10 pacientes atendidos se generaban una media de 3,2 preguntas. En nuestro medio, los resultados de una investigación realizada en Madrid[3], indican un menor número de preguntas: 2 cada 10 pacientes. En la revisión de R. Smith sobre la información que precisan los médicos en su trabajo asistencial[2], cada profesional, por cada día que pasa la consulta, genera cuatro preguntas que no son respondidas de forma inmediata. Aunque los médicos piensan que es fácil de encontrar, solo en un tercio de las preguntas planteadas buscan la respuesta[2]. Por lo tanto una alta proporción de las cuestiones, 64% en el trabajo de Iowa[1] ó el 79% en el estudio de Madrid[3] se quedan sin responder.

Para incrementar el número de preguntas que se responden con la base de la evidencia científica, se han definido varias estrategias. Una sería el entrenamiento de los clínicos para que de forma independiente, busquen,

critiquen y apliquen la mejor evidencia. Esta estrategia, que es la más lógica y atractiva, fomenta la autonomía y la capacidad de los profesionales. Pero tiene dificultades: a la falta de tiempo para realizarla, se añaden la necesidad de recursos y que los médicos prefieren que les den respuestas elaboradas y comentarlo con colegas, antes de que les capaciten para buscar por ellos mismos[1,2,4]. En nuestro medio el idioma supone otra dificultad, al estar la mayoría de fuentes de datos en inglés.
Otra estrategia sería producir recursos sencillos de utilizar y accesibles en el punto de trabajo[5,6]. En ciencias de la salud la prioridad actual no es disponer de más cantidad de información, sino de más respuestas que lleguen al sitio adecuado[7].
En la última década se han puesto en marcha diversos servicios que ofrecen respuesta basadas en la evidencia a preguntas clínicas formuladas desde una institución ó un área geográfica determinada. En el caso de ATTRACT[8], creado en 1997 para médicos de familia en una zona de Gales, ha sido evaluado[9] mediante un cuestionario remitido a los usuarios del proyecto. El 69% lo encuentran muy útil y en la mayoría la respuesta remitida modificó la práctica clínica.
Con estas consideraciones básicas y con el propósito de ofrecer la mejor evidencia científica para mejorar la práctica clínica desde un ámbito regional, se desarrolló el servicio PREEVID.

Utilización del servicio

Desde el comienzo del servicio, hasta finales de mayo del 2007, se han recibido 501 preguntas, algunas muy genéricas o que no correspondían a una temática clínica, siendo definitivamente incluidas en el banco de preguntas un total de 382 (el 76,2% del total). De ellas, 39 preguntas han sido recibidas como urgentes.
En los últimos doce meses se han recibido 185 preguntas, que han sido respondidas como media en 3,1 días. En el mismo día han sido contestadas el 13,2% de ellas y en el 96% la respuesta ha estado accesible antes de una semana.
Un 28% de las preguntas han sido formuladas por médicos de familia; y un 36% por profesionales de enfermería, en su gran mayoría trabajando desde hospitales.
Un 41% de las preguntas han sido realizadas desde Atención Primaria. La mayoría de preguntas (56%) son sobre terapia y suelen estar relacionada con fármacos. Las preguntas sobre pronóstico suponen el 13% y las de diagnóstico el 11%. Todas las preguntas urgentes han recibido una respuesta, en muchos casos provisional, en el mismo día que fueron formuladas. En este año se han realizado más de 140.000 consultas a las preguntas incluidas en el banco durante este período.

Conclusiones

El servicio PREEVID ha demostrado la posibilidad de ofrecer respuestas basadas en la evidencia en un período de tiempo inferior a una semana y ha sido utilizado y consultado
Este tipo de servicios supone un opción real de compartir conocimiento y de facilitar el acceso a las mejores evidencias científicas, contribuyendo así a la mejora de la práctica clínica.

Bibliografía

1. Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Bergus GR, Levy BT, Chambliss ML, Evans ER. Analysis of questions asked by family doctors regarding patient care. BMJ. 1999;319:358-61.
2. Smith R. What clinical information does doctor need? BMJ. 1996;313:1062-8.
3. González González AI, Sánchez Mateos FJ, Sanz Cuesta MT, Riesgo Fuertes R, Escortell Mayor E, Hernández Fernández T. Estudio de las necesidades de información generadas por los Médicos de Atención Primaria (proyecto ENIGMA). Aten Primaria. 2006;38:219-24.
4. Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Chambliss ML, Vinson DC, Stevermer JJ, Pifer EA. Obstacles to answering doctor´s questions about patient care with evidence: qualitative study. BMJ. 2002;324:1-7.
5. Guyatt GH, Meade MO, Jaeschke RZ, Cook DJ, Haynes RB. Practitioners of evidence based care. BMJ. 200;320:954-5.
6. Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Chambliss ML, Rosenbaun ME. Answering Physicians´ Clinical Questions: Obstacles and Potenctial solutions.Journal of the American Medical Informatics Association. 2005;12:217-24.
7. Bravo R. La gestión del conocimiento en Medicina: a la búsqueda de la información perdida. Anales Sis San Navarra. 2002;25:255-72.
8. Attract http://www.attract.wales.nhs.uk/
9. Brassey J, Elwyn G, Price Ch, Kinnersley P. Just in time information for clinicians: a questionnaire evaluation of the ATTRACT project. BMJ. 2001;322:529-30.

Bancos de preguntas clínicas II. La experiencia de Fisterra-Osatzen y preguntas clínicas semFYC

I. Pérez Irazusta

Preguntas clínicas de Fisterra

Preguntas clínicas de Fisterra (www.fisterra.com.) surge en el año 2004 como un proyecto de colaboración entre el grupo de trabajo sobre MBE de la Sociedad Vasca de MFyC (Osatzen) y Fisterra con el objetivo de contestar a preguntas clínicas que surgen en la práctica diaria de la Medicina de Familia mediante la metodología de la medicina basada en la evidencia.
Esta sección de preguntas está coordinada por MBE-Osatzen formada por un grupo de profesionales asistenciales (Enfermeras, Farmacéuticas y Médicos) que utilizan una metodología sistemática de búsqueda y evaluación de la evidencia para resolver sus propias dudas clínicas. Se pretende que este banco de preguntas sea una herramienta que ayude al clínico en la toma de decisiones en la consulta, muchas veces desbordado ante la gran cantidad de información.
Desde Enero del 2004 se han respondido a unas 100 dudas clínicas relacionadas con la Atención Primaria, mientras que no se responden las preguntas que no están relacionadas con nuestro ámbito de trabajo. Las áreas que han suscitado más dudas han sido, precisamente, las más prevalentes en nuestras consultas, el área cardiovascular (15) y endocrinología (10).
La metodología utilizada para dar respuesta a las consultas trata de reproducir el proceso habitual de respuesta a las preguntas que surgen en la práctica habitual. Tras descomponer y clasificar la pregunta según la naturaleza del problema (diagnóstico, intervención, pronóstico), se realiza una búsqueda bibliográfica fundamentalmente en bases de datos secundarias (UpToDate, Clinical Evidence, Cochrane Library,Trip Database…) que nos proporcionan información rápida, filtrada y fiable. Únicamente en ausencia de información en las fuentes anteriores se recurre a las bases de datos primarias.
Tras la revisión de la información encontrada se realiza una valoración y resumen de la evidencia que contenga todos los elementos necesarios (beneficios, riesgos) para que el clínico teniendo en cuenta el contexto del paciente tome la decisión más adecuada. No se realizan recomendaciones porque consideramos que estas pueden variar en función de la realidad local.
Este proceso se realiza mediante una revisión a pares de cada una de sus fases y se intenta que las respuestas sean enviadas al comité editorial de Fisterra en 4 semanas.

Preguntas clínicas semFYC

Grupo MBE-semFYC
En Mayo de este año se ha creado el servicio de preguntas clínicas de la semFYC al que se tiene acceso a través de la revista C@P (www.capsemfyc.com.). Entre los diferentes objetivos de este servicio está el aumentar la autonomía de los profesionales de Atención Primaria en la toma de decisiones y fomentar el uso de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) como herramienta de trabajo entre los socios de la semFYC y de sus grupos de trabajo y también con un valor añadido como es el de la capacidad docente de la propia respuesta.
El servicio de preguntas clínicas de la semFYC cuenta con la experiencia previa de alguno de los miembros del grupo MBE-semFYC en este tipo de servicios. Las preguntas que se envían a este servicio son contestadas por miembros de los grupos de trabajo de la Sociedad que previamente han sido entrenados con este objetivo y que utilizan un método estructurado de búsqueda y evaluación de la evidencia con el objetivo de dar una respuesta en un plazo máximo de 3 semanas.

Conocimiento, tipos de formato y utilidad de este tipo de servicios de ayuda a profesionales y pacientes

R. Bravo Toledo

Como en tantos otros campos de la medicina la generación y uso de la información ha adquirido una nueva dimensión. Aunque la mayoría nos hemos formado en un modelo distinto de enseñanza y practica de la medicina, esta claro y no es un tópico que el campo de juego donde trabajamos ha cambiado. Los últimos coletazos de un sistema, por sus propias

características renuente al cambio, hacen todavía posible que con un poco de suerte algunos puedan sobrevivir hasta la jubilación anclados en el "antiguo régimen" pero este tiene fecha de caducidad. No puede ser de otra forma, la denominada explosión de la información, la abundancia de recursos y la revolución digital e Internet, nos dan las pistas de que "el futuro ya esta aquí". Si hace unos años se postulaba un cambio de paradigma del "medico que lo sabe todo" al medico que sabe poco pero sabe encontrar (¿y utilizar?) la información, ahora en una nueva vuelta de tuerca debemos volver al inicio y postular por el medico que lo sabe (de nuevo) todo, gracias a un cerebro "periférico" materializado en la red, una nueva red en la que predomine el conocimiento sobre la información y los datos, y sobre todo capaz de ser aprovechada por una amplia red social de profesionales especializados par generar nuevo conocimiento.

Pero probablemente estemos yendo muy deprisa, al fin y al cabo estamos en Valladolid, en el año 2007 y en el congreso de una sociedad que todavía cree interesante editar libros sobre medicina (al parecer sus socios los compran y los leen). A pesar de todo estamos en una época interesante, de cambio, en el que algunos, pocos, son conscientes de que la información esta ahí, el marco epistemológico en forma de medicina basada en la evidencia (MBE) esta lanzado, las herramientas para gestionar la información también, pero es difícil encontrar médicos que utilicen todos este mimbres para hacer un cesto útil en la práctica real.

El auge de la medicina basada en la evidencia conllevaría una gestión de la información necesaria para la toma de decisiones, pero todavía nos sabemos muy bien como "gestionar esta gestión". La "evidencia" y sus divertidas "jerarquías", los ensayos clínicos apelotonados en las escasamente glamourosas bases de datos, la revisiones de la "librería" Cochrane, las inefables guías de practica clínica, han devenido en nuevas fuentes del saber médico que derriban a los antiguos ídolos (libros, y expertos) pero que no acaban de encontrar su lugar natural. Se olvida que su misión no era sustituir (solo) a las viejas fuentes del conocimiento médico, la misión era facilitar la llegada de la información a la consulta, al punto de atención que dicen los americanos. Su misión era cumplir esa ecuación de la información, magníficamente formulada por Shaughnessy en la que se consideraba que la utilidad de la información estaba mediada por la ecuación relevancia por validez o fiabilidad, divida por el esfuerzo o trabajo para acceder a ella. La MBE convierte la validez en un valor principal que debe impregnar las fuentes de información, pero la ecuación es clara, el "esfuerzo" esta en el denominador de tal forma que su exceso o ausencia será la clave que aumente o disminuya la utilidad de la información. Al fin y al cabo, no es más que aplicar a la utilización de la información la regla del comportamiento humano de obtener los máximos resultados con la menor cantidad de esfuerzo posible, y en medicina de familia este esfuerzo es trabajo, pero también y sobre todo es tiempo, tiempo que una practica académica de la MBE no solo disminuye sino que incrementa.

Conscientes de estos problemas, los mismos proponentes de la MBE procuran encontrar nuevos modelos, recursos e instrumentos que aminoren ese handicap. El modelo se formula con magnifica simpleza, en la pirámide 5 S de Haynes, los instrumentos son sistemas de información de apoyo a la toma de decisiones insertados en la historia clínica electrónica, mientras que los recursos (los contenidos de estos sistemas) se centran en evitar al médico práctico los dos pasos más "técnicos" del ejercicio de la MBE: la búsqueda de la evidencia y la lectura crítica.

Entre los recursos nacidos, aunque sea parcialmente, al amparo de la MBE destacan los servicios de preguntas y repuestas. Cumplen la misión de responder a las preguntas directas con el relativo grado de validez, que da una búsqueda sistematizada y (al menos) una apreciación crítica. Por otro lado, se constituyen en bases de datos consultables por otros profesionales y por tanto una fuente de información practica de utilidad a determinar, pero que se intuye importante.

Aunque no se puedan considerar como novedosos, su engarce con la MBE y el acceso vía en Internet les da un nuevo aire de genuina modernidad. Se puede recordar y recordaremos secciones de revistas de "pregunte al experto", algunos libros tipo "las 100 preguntas clave en..." el modelo de bibliotecario clínico, el novedoso clinical informaticist o los eficaces servicios de información de medicamentos de los colegios de farmacéuticos, peo sobre todo nos centraremos en los servicios actuales.

Durante la ponencia se repasaran las características de algunos de estos servicios, intentando a partir de estos ejemplos contestar preguntas tales como:

¿Como se debe conformar un servicio de preguntas y repuestas? ¿Cual es la relación y el papel de sus usuarios naturales? ¿Donde se debe publicar y como? ¿Que elementos de las preguntas y respuestas se deben publicar? ¿Debe primar lo ortodoxo o lo práctico?

Para finalizar se expondrá el modelo que se considera más idóneo a partir de todas las conclusiones y propuestas realizadas.

Bibliografía

Bates DW, Kupermam GJ, Wang S, Kittler A, Volk L, Spurr C, Khorasani R, Tanasijevic M, Middleton B, et al. Ten commandments for effective clinical decision support: making the practice of evidence-based medicine a reality. J Am Med Inform Assoc. 2003;10:523–30.

Bravo R. La gestión del conocimiento en Medicina: a la búsqueda de la información perdida. An Sist Sanit Navarra. 2002;25:255-72.

Ebell M. Information at the point of care: answering clinical questions J Am Board Fam Pract. 1999;12:225–35.

González-González AI, Sánchez Mateos JF, Sanz Cuesta T, Riesgo Fuertes R, Escortell Mayor E, Hernández Fernández T. Estudio de las necesidades de información generadas por los médicos de Atención Primaria (proyecto ENIGMA). Aten Primaria. 2006;38:219-24.

Rosser W, Slawson DC, Shaughnessy AF. Information mastery: The following statements are either true or false evidence-based family medicine. 2nd ed. Ontario: Hamilton; 2004.

Shaughnessy A, Ebell MH, Slawson DC. Information mastery: basing care on the best available evidence. En: Sloane P, Latt S, Baker R, Ebell M (eds.). Essentials of Family Medicine. 4.ª ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Smith R. What clinical information do doctors need? BMJ. 1996;313:1062-8.

Wyatt JC. Clinical questions and information needs. JR Soc Med. 2000;93:168-71.

Los límites de la ciencia. ¿Cómo se construyen las recomendaciones en medicina?

Moderador:

A. Peral Casado

Médico de familia. Unidad Docente de MFyC. León I.

Ponentes:

S. Márquez Calderón

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Responsable Área de Formación e Investigación. Sevilla.

G. Permanyer Miralda

Unidad de Epidemiología. Servicio de Cardiología. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.

L.C. Silva Ayçaguer

Profesor titular de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Profesor asociado de la Escuela Nacional de Sanidad. Madrid.

Presentación y objetivos

A. Peral Casado

La teoría y la práctica de la medicina están siendo objeto de preocupación desde hace algún tiempo. Los escándalos originados por la retirada de algunos fármacos, los cambios bruscos de actitud terapéutica o preventiva o las discrepancias en consensos y guías de práctica clínica, afloran de manera constante. Esta "deslegitimización" de la medicina se manifiesta de modo cotidiano en la práctica clínica y, fuera de ella, en ámbitos menos vinculados a la profesión médica. Rastrear estas cuestiones, conocer sus fundamentos y deliberar sobre sus causas permitiría al clínico mantener la capacidad crítica necesaria para entender ciertas particularidades del ejercicio de la medicina, jugar un papel inquisitivo y activo en sus valoraciones, fortalecer sus decisiones y preservar su propio equilibrio emocional.

Pocos dudarían en afirmar que una atención médica de calidad debería basarse en el conocimiento que se obtiene a través de la investigación biomédica y en ciencias de la salud y que, por tanto, la investigación es una pieza clave para que el ciudadano esté correctamente atendido y para que el sistema sanitario pueda progresar.

Sin embargo, pocos conocen que los métodos y procedimientos mediante los que se construyen las evidencias científicas y las recomendaciones para la práctica clínica no son totalmente exactos y objetivos. Están constituidos por numerosos procederes subjetivos y de toma de decisión, que pueden ser origen de errores y de instrumentalizaciones. El médico necesita confiar en que su práctica es científica y no está intervenida ni dirigida. Ello le lleva, en ocasiones, a convertirse en rehén de un determinismo científico o de nuevas modas y dogmas, que en la práctica se cifran en una creencia y confianza tales que con ello se va a purificar y renovar la medicina y los servicios de salud, su gestión y sus resultados, desatendiendo otro tipo de consideraciones igualmente necesarias para mantener su equilibrio.

Por lo demás, sabemos también de la complejidad del ejercicio de la medicina y su sometimiento a múltiples factores e incertidumbres. Destacan los determinados por cada paciente y las circunstancias en las que vive, los propios problemas de salud y la libre interpretación que cada médico puede hacer a la hora de abordar los mismos. Hay que reconocer y entender el carácter humano, parcial e imperfecto de las herramientas que el hombre posee para atestiguar, conocer y controlar la verdad.

Del mismo modo, los fenómenos de presión intervencionista sobre la práctica clínica desde todos los ámbitos, las características propias del sistema sanitario y la sociedad en su conjunto (gran inaceptación de la enfermedad y urgencia por ponerse bien), están llevando a una medicalización de la vida cotidiana; a una pérdida de autonomía del profesional y a cambios en la relación médico-paciente.

A la par y dado que la medicina no deja de ser la transformación del conocimiento científico-médico en acción sanitaria, un papel crucial lo posee la inteligencia del o de quienes deciden (sean individuos o entidades) y su destreza en aplicar los resultados de ese conocimiento a la práctica. Aquí, también, es más sencillo imitar la acción de lo políticamente correcto o seguir la pista de lo que otros ya han hecho que descubrir nuevas formas de pensar, preocuparse por lo que nadie más ha pensado o, en último término, utilizar el conocimiento científico disponible, razonado y contrastado como un medio para contribuir a mejorar.

Por último, comenta la frecuencia con que la investigación se ha centrado en el desarrollo y uso de procedimientos médicos sofisticados, de tecnologías emergentes y de medicamentos de última generación, en perjuicio de una atención a los problemas sanitarios basada en otras necesidades probablemente más útiles y rentables a nivel poblacional.

Todo lo expuesto genera, en muchos, duda y frustración en la práctica diaria. Llevado a sus consecuencias más extremas puede conducir al escepticismo y la desconfianza entrando en una pendiente irreversible de crisis de identidad que degenere en incredulidad, indiferencia y dejadez manifiestas.

En esta mesa trataremos de explorar críticamente algunas de estas reflexiones ya que son algunos de los procedimientos que intervienen y sirven como fundamento de nuestras actuaciones clínicas intentando con ello posibilitar el desarrollo de una práctica clínica sobre las bases más eficaces, autónomas y científicas. En primer término hablaremos de la Medicina Basada en la Evidencia institucionalizada como apoyo al intervencionismo médico, los problemas conceptuales y de ejecución asociados a los grandes ensayos clínicos, así como los orígenes y fundamentos de la construcción de una estructura de valoración y difusión de la evidencia científica. En segundo lugar reflexionaremos sobre los problemas del pensamiento médico ortodoxo y sus aplicaciones y el papel de las sociedades médicas en la elaboración de recomendaciones. Terminaremos por acercarnos a los límites y mitos de la estadística en la valoración de los resultados de los estudios de investigación.

Bibliografía

Campillo C. Proyectos que fracasan en los servicios de salud. Una aproximación etiológica. Gest Clin Sanit. 2007; 9: 43-47.

Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gest Clin Sanit. 2003;5:47-53.

Márquez Calderón S. La construcción y comunicación del conocimiento en la era de la Medicina Basada en la Evidencia. Implicaciones para la lectura crítica de ensayos clínicos. Gest Clin Sanit. 2006;8:87-91.

Miguel García F. Popper, el contraste de hipótesis y el método crítico. Rev Cubana Salud Pública 2003; 29: 52-60.

Miguel García F. Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. Aten Primaria. 1998;22:585-95.

Permanyer-Miralda G, Ferreira-González I. ¿Hacia la perversión de la medicina basada en la evidencia? Med Clin (Barc). 2006; 126:497-9.

Silva LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Madrid: Díaz de Santos; 1997.

Silva-Ayçaguer LC. Los peligros del lenguaje estadístico. En Locutora J, editor. De la idea a la palabra. ¿Cómo preparar, elaborar y difundir una comunicación científica? Barcelona: Publicaciones Permanyer. 2003:149-158.

La Medicina Basada en la Evidencia: ¿un elemento de apoyo al intervencionismo médico?

S. Márquez Calderón

El enfoque de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) ha supuesto un cambio de paradigma importante en la práctica de la medicina y se ha ido convirtiendo en un lugar común. A priori, nadie negaría la bondad de un enfoque que lo que propone es que la práctica se fundamente en la mejor ciencia disponible.

Sin embargo, en los últimos tiempos, se ha abierto un debate en torno a las limitaciones de la MBE[1]. Aunque sería largo entrar en todos sus puntos, uno de ellos resulta clave por el impacto que está teniendo en la práctica real de la medicina: ¿Pueden utilizarse los principios de la MBE para promover un mayor intervencionismo médico y la consiguiente medicalización de la vida? Si es así: ¿es necesario cambiar la propuesta de la MBE de revisión crítica de los estudios, basada en las tres preguntas sobre validez interna, magnitud de los efectos y validez externa?[2].

Una prueba de que el movimiento de la MBE ha sido relevante es que ha conseguido cambiar la forma de comunicar los resultados de la investigación clínica, e incluso ha influido en la forma de diseñar los estudios. De esta forma, se ha ido construyendo toda una ciencia del maquillaje de los ensayos clínicos, cuyo objetivo es la introducción de nuevos fármacos en

la práctica clínica[3]. El resultado en muchos casos es la utilización de tratamientos con un bajo cociente beneficios-riesgos, así como una medicalización de la vida cotidiana, que incluye el tratamiento farmacológico de los factores de riesgo y las pre-enfermedades[4].

Uno de los principales cambios propiciados por el movimiento de MBE es que la calidad metodológica de los ensayos clínicos (lo que normalmente conocemos como validez interna) ha mejorado ostensiblemente. La consecuencia es que responderemos afirmativamente a la primera pregunta propuesta desde la MBE (¿puedo fiarme de los resultados?).

Quizás la MBE haya pecado de dar demasiada importancia a la validez interna y descuidar sus otras preguntas. O quizás es que aún hace falta madurar para tenerlo todo en cuenta. Lo cierto es que muchos ensayos clínicos que pasan el filtro de la validez interna, no cumplen unos criterios de mínimos en cuanto a relevancia de los resultados y validez externa. El cuestionamiento de la relevancia de la conclusión de un ensayo clínico casi siempre se ha quedado en la magnitud del efecto en términos de NNT (número necesario de pacientes a tratar para evitar una complicación de la enfermedad), sin poner en entredicho otros aspectos. Esto ha permitido que pasen la criba ensayos que usan diversos trucos para exagerar los efectos de un tratamiento nuevo. Entre ellos: probar un tratamiento en una enfermedad inventada (como las pre-enfermedades), seleccionar a los pacientes que más pueden beneficiarse del tratamiento, elegir el tratamiento más óptimo frente al comparador menos óptimo, convertir variables continuas en variables dicotómicas con criterios que resultan favorables al tratamiento, utilizar variables intermedias como resultado final, usar medidas combinadas de resultados (*composite outcomes*) sin dar el resultado de cada variable por separado, finalizar tras un tiempo de seguimiento que favorece al tratamiento, no dar información sobre efectos adversos, y realizar análisis estadísticos para los que no se había diseñado el estudio[3,5-7].

Por otra parte, los aspectos de validez externa pueden ser manejados de forma muy hábil para promover la medicalización, tanto en la discusión y conclusiones de los ensayos clínicos como en las campañas de marketing de la industria farmacéutica[8]. El resultado de este manejo es que se da una sensación falsa de que el medicamento evaluado puede ser útil para una extensa población.

Aunque las causas de la actual tendencia hacia la medicalización y el intervencionismo médico son complejas, es importante reflexionar sobre el papel de las operaciones de maquillaje de los ensayos clínicos y el énfasis casi exclusivo de la MBE en la validez interna de la investigación clínica. Todo ello ha facilitado la difusión de medicamentos en la práctica clínica para tratar factores de riesgo y pre-enfermedades, en muchos casos sin una adecuada valoración del cociente beneficio-riesgo ni de la población que puede realmente beneficiarse.

Bibliografía

1. Miles A, Loughlin M. Continuing the evidence-based health care debate in 2006. The progress and prices of EBM. J Eval Clin Practice. 2006;12:385-98.
2. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. How to practice & teach EBM. New York: Churchill Livingstone, 1997.
3. Márquez Calderón S. La construcción y comunicación del conocimiento en la era de la Medicina Basada en la Evidencia. Implicaciones para la lectura crítica de ensayos clínicos. Gest Clin Sanit. 2006;8:87-91.
4. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gest Clin Sanit. 2003;5:47-53.
5. Montori VM, Jaeschke R, Schünemann HJ, Bhandari M, Brozek JL, Devereaux PJ, Guyatt GH. Users´ guide to detecting misleading claims in clinical research reports. BMJ. 2004;329:1093-6.
6. Peiró S. La construcción de la *evidence b(i)ased medicine*. Gest Clin Sanit. 2005;7:131-8.
7. Freemantle N, Calvert M, Wood J, Eastaugh J, Griffin C. Composite outcomes in randomized trials. Greater precision but with greater uncertainty? JAMA. 2003;289:2554-9.
8. Villanueva P, Peiró S, Librero J, Pereiro I. Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals. Lancet. 2003;361:27-32.

Problemas del pensamiento médico ortodoxo y de sus aplicaciones: excesos y defectos

G. Permanyer Miralda

Sería ocioso resaltar los logros de la Medicina occidental moderna. Los médicos de nuestro tiempo disponemos de un conjunto impresionante de medios que nos han permitido diagnosticar y tratar con relativa facilidad muchas enfermedades de identificación hasta hace poco difícil y de mal pronóstico. Pero nuestro riesgo es la autocomplacencia. Paralelamente a sus logros, la Medicina actual plantea una serie de problemas que los profesionales debemos conocer, tanto relativos al contenido del conocimiento médico como a su forma de aplicación. En este texto se comentan algunos.

Apego exclusivo al modelo biológico de enfermedad como centro del pensamiento médico. No cabe duda de que la Medicina debe mucho de sus éxitos actuales a su fundamento científico. Éste ha tenido la enfermedad como objeto de conocimiento y la ha sometido a los métodos de estudio propios de las ciencias biológicas. El ser humano enfermo ha sido considerado a menudo el simple sustrato de la enfermedad como objeto de estudio. Lo que la salud, la enfermedad y su tratamiento representan para el ser humano como elementos en su biografía, en su forma de vida, en su sistema de valores y creencias, ha quedado en gran medida fuera del ámbito de este modelo[1]. La medicina se enseña como el conocimiento científico de la enfermedad; no como una disciplina basada en las ciencias humanas y sociales para ayudar a las personas a prevenir, afrontar y tratar las enfermedades según sus valores y preferencias. El riesgo de la Medicina predominante es dejar esto a la intuición, sentido común y cualidades humanas del profesional, como un apéndice del conocimiento biológico que define el saber médico. En su desarrollo este modelo ha querido a menudo monopolizar lo que se considera conocimiento riguroso. En vez de aceptar que la Medicina, como actividad de servicio al ser humano, se basa, además de la biología, en otras ciencias, conocimientos y conductas que pueden poseer igual rigor conceptual, el modelo imperante ha acostumbrado a relegar todo lo que no es ciencia biológica a la categoría de lo casi anecdótico o a ocupación de humanistas. De hecho, nuestra Medicina más predominante puede definirse como la suma del modelo biológico de enfermedad con un impreciso código ético basado en el utilitarismo que, a su vez, cuando se aplica en sus versiones más perversas, retroalimenta los intereses de las élites de la sociedad. Esto ha tenido, entre otras, dos consecuencias negativas: en primer lugar, la consideración de los valores y preferencias de los pacientes como algo a respetar pero cuyo estudio riguroso ocupa una situación marginal en la jerarquía del conocimiento médico[2]; y en segundo lugar, la relegación de los estudios de la efectividad (resultados en la vida real) a favor de los resultados en los ensayos clínicos, ciertamente esenciales para el estudio de la eficacia, pero insuficientes para una visión completa de la actividad terapéutica.

Aparición de un nuevo dogmatismo. Al ser nuestra Medicina una actividad basada casi exclusivamente en la ciencia natural, cae a menudo en uno de los frecuentes vicios de ésta: considerarse la verdad más allá de toda crítica, cuya imposición inapelable está justificada. Es decir, corre el riesgo del dogmatismo, no raro en la historia de la Medicina. El nuevo dogmatismo tiene de original su contenido; sus formas son las de siempre. Encuentra su canal idóneo en los usos de la Medicina basada en la evidencia para fines distintos a los originales y por manos que la empleen como enseña para sus propios intereses[3]. A riesgo de escandalizar, podría decirse que las guías de práctica clínica son un ejemplo fehaciente de este fenómeno. No cabe duda de que las guías, estimuladas mayormente por las sociedades científicas, han sido y son, en su conjunto, una excelente fuente de información y ayuda para la práctica y que su implantación ha redundado en una mejora de la calidad asistencial. Pero no es menos cierto que las guías pueden contener errores y juicios precipitados. Los datos de la literatura médica son pocas veces de interpretación inequívoca. Los riesgos de dicha interpretación son bien conocidos. El uso de los datos de la literatura por parte de quienes elaboran las guías no rara vez está sometido a prejuicios y a presiones, incluso poco aparentes. El propio concepto de guía resulta limitado cuando está dirigido, como suele, a una enfermedad aislada más que a individuos enfermos, frecuentemente afectos de patología múltiple[4]. Y el uso poco juicioso de la adherencia a la guía como estándar de calidad, incluso de imperativo ético, puede conducir a interpretaciones abusivas y a fomentar una práctica automatizada e irreflexiva. Todo ello puede generar problemas de gran magnitud.

Ignorancia de las preferencias y valores de los pacientes y profesionales. Es evidente que la enfermedad es algo más que una entidad morbosa precisa que tiene lugar en un sujeto impersonal y que es tratada por un autómata. Los valores y actitudes personales, no sólo del enfermo sino del profesional sanitario, tiñen intensamente la realidad de la práctica médica y sus efectos. En el momento actual, los valores y preferencias de los pacientes se mencionan en textos, guías y artículos, para ser inmediatamente dejados de lado y sin que casi nadie se preocupe de cómo averiguarlos, de los problemas éticos de respetarlos o influirlos, y de cómo integrarlos

en la práctica profesional[1,2,5]. Es frecuente la confusión entre ética y legalidad; es decir, que se reduzca al paciente al papel del consumidor con unos derechos que se dan por sabidos y que, naturalmente, hay que respetar por imperativo legal. La investigación cualitativa representa un conjunto de disciplinas que puede contribuir a llenar esta laguna del pensamiento médico ortodoxo y que, poco a poco, parece ir conquistando un lugar en el cuerpo del pensamiento médico[1,6], por lo general ajeno a considerar el mundo de los valores como algo que le atañe directamente.

Promoción excesiva de las innovaciones y el intervencionismo. Son precisamente los valores y preferencias de muchos profesionales los que les impulsan a un uso excesivo de innovaciones y de intervencionismo, por encima del juicio crítico sobre qué es lo mejor para el paciente. Ciertamente, es común que las guías de práctica clínica se esfuercen en dar indicaciones equilibradas y precisas. Pero las lecturas que pueden hacerse de cualquier documento distan de ser lineales y no es infrecuente que conduzcan a prácticas sanitarias sesgadas hacia lo nuevo y lo cruento. La participación de especialistas centrados en esa orientación en los comités de expertos y sociedades científicas que elaboran guías facilita este sesgo. No siempre esta tendencia a lo nuevo y cruento se controla lo suficiente en las recomendaciones para la práctica clínica: frecuentemente, el exceso en la interpretación y aplicación goza de la aprobación más o menos tácita de la comunidad profesional.

Estos problemas no deberían empañar los éxitos evidentes de la Medicina actual ni su enorme potencial de beneficio. Pero su reconocimiento debería ser obligado como primer paso para prevenir o atenuar la degradación y el deterioro de la práctica médica.

Bibliografía

1. Malterud K, Hollnagel H. Positive self-assessed general health in patients with medical problems. A qualitative study from general practice. Scand J Prim Health Care. 2004;22:11-5.
2. Malterud K. Humiliation instead of care? Lancet. 2005;366:785-6.
3. Permanyer Miralda G, Ferreira González I. ¿Hacia la perversión de la medicina basada en la evidencia? Med Clin (Barc). 2006;126:497-9.
4. Tinetti ME, Bogardus ST, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. New Eng J Med. 2004;351:2870-4.
5. Nessa J, Malterud K. Tell me what's wrong with me: a discourse analysis approach to the concept of patient autonomy. J Med Ethics. 1998;24:394-400.
6. Bradley EH, Roumanis SA, Radford MJ, Webster TR, McNamara RL, Mattera JA, et al. Achieving door-to-balloon times that meet quality guidelines. How do successful hospitals do it? J Am Coll Cardiol. 2005;46:1236-41.

Límites y mitos de la estadística en la valoración de los resultados de los ensayos clínicos y otros estudios

L.C. Silva Ayçaguer

Las acciones clínicas y de salud pública descansan en gran medida –aunque sea tras un complejo y largo proceso teórico-práctico- sobre los métodos que son empleados para adquirir el conocimiento que permite diseñarlas. No es un secreto que la estadística como disciplina ha desempeñado un papel destacado como medio para la inferencia científica y las generalizaciones en el marco médico; de modo que resulta perfectamente natural preguntarse en qué medida comparte responsabilidades ante la presencia de fenómenos tan perniciosos como la medicalización de la sociedad, el manejo espurio de los fármacos o determinados giros, a la postre erróneos, en las conductas terapéuticas.

Como siempre, las tecnologías no son intrínsecamente culpables de nada y la estadística, en tanto elemento crucial de la metodología para la obtención de nuevos conocimientos, no es una excepción. Ella como tal no solo no puede ser denigrada sino que tiene un bien ganado espacio muchas veces insustituible. Pero, lamentablemente, no son pocos los mitos y los escollos que empañan su empleo cotidiano.

No es propósito de esta contribución hacer el complejo y extenso inventario de tales desviaciones, pero sí el de intentar caracterizar e ilustrar los elementos más generales que vician el uso de este recurso en la práctica investigativa.

El contexto social

Vivimos en una sociedad tecnológicamente desarrollada pero científicamente inculta. La cultura científica no solo es una meta deseable; es una imperiosa necesidad. La ciencia está en el centro de nuestra cotidianidad y gravita sobre nuestros inmediatos intereses educativos, económicos, políticos y sanitarios. La incultura en materia de ciencia no es, por tanto, una mera contingencia que requiere ser superada para mejorar la sociedad, sino una genuina adversidad cuya capacidad de estropicio se subestima gravemente. Demasiado a menudo nos encontramos con profesionales encumbrados, poseedores de altos niveles de instrucción, pero a la vez atenazados por prejuicios y dogmas, pautados por huellas mentales que no consienten el pensamiento independiente, y sujetos a conductas rituales encorsetadas en aquello que saben pero no entienden. Es en este marco que sobreviven los numerosos equívocos que padece el uso de la estadística.

La falsa objetividad absoluta de la estadística

Uno de los mitos más extendidos reside en creer que la estadística es un instrumento enteramente objetivo. Sin embargo, los métodos estadísticos están lejos de cubrir las necesidades de objetividad, pues los ellos mismos están sujetos a la *subjetividad* (algo, por cierto, no equivalente a la *arbitrariedad*); consecuentemente, mal podrán garantizar automáticamente la expectativa que muchos investigadores, de manera un poco pueril, depositan en su capacidad objetivadora.

Lo más inquietante de los procedimientos convencionales no radica en que la subjetividad desempeñe un papel en el proceso inferencial, sino en que, al ocultar su participación, se consolide la quimera de que constituyen un árbitro final y se arraigue con ella una peligrosa pereza intelectual. Como señala Robert Matthews, miembro de la *Royal Statistical Society*: "los esfuerzos previos para «barrer la subjetividad debajo de la alfombra», han conducido a adoptar procedimientos valorativos que no son ni objetivos ni confiables" (Matthews, 2000).

Cuando un programa informático de estadística concluye su tarea, muchos investigadores creen que en ese momento ha terminado también la suya. Se trata de un error esencial: es en ese punto donde comienza la función más importante del investigador.

Los ceremoniales estadísticos

Es típico que cuando un procedimiento lleva muchos años aplicándose, empieza a abaratarse; no necesariamente por el hecho de que pierda vigencia como tal, sino más bien debido a que, al transmitirse de unos a otros, los que van arribando al club de sus aplicadores suelen mimetizar lo que han visto, muchas veces sin entender del todo (y hasta sin entender nada) la esencia, las limitaciones, el propósito último del método en cuestión. Se va generando así una suerte de "tradición" a lo largo de cuya configuración el mecanicismo suple al pensamiento critico que lo originó y se consolidan así verdaderos rituales metodológicos (Silva, 2005).

El rito genérico más extendido, con diferencia, es el que se asocia a las pruebas de significación estadística. Es tanto el adocenamiento presente en su aplicación, tan acusada la incomprensión de sus notables limitaciones (véanse Nickerson 2000; Silva, 2004) y tan extendido el uso que se hace de él, que la situación roza lo alarmante.

Entre los más frecuentes y contraproducentes ejemplos de ceremoniales específicos que pueden mencionarse, se destacan muy especialmente el empleo de la regresión logística paso a paso para determinar factores de riesgo (véase Silva y Barroso 2001) y la determinación algorítimica de tamaños de muestra, detalladamente criticados en Silva (2000) e ilustrados con elocuencia por Shultz y Grimes (2005).

Bibliografía

Nickerson RS. Null hypothesis significance testing: a review of an old and continuing controversy. Psychological methods. 2000;5:241-301.

Sarria M, Silva LC. Las pruebas de significación estadística en tres revistas biomédicas: una revisión crítica. Revista Panamericana de Salud Pública. 2004;15:300–6.

Schulz KF, Grimes DA. Sample size calculations in randomised trials: mandatory and mystical. The Lancet. 2005;365:1348-53.

Silva LC. Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria. 2000. Madrid: Díaz de Santos.

Silva LC. Una ceremonia estadística para identificar factores de riesgo. Revista Salud Colectiva 1: 329-322.

Silva LC, Barroso I. Selección algorítmica de modelos en las aplicaciones biomédicas de la regresión múltiple. Med Clin (Barc). 2005;116:741-5.

Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes: viejos acompañantes, nuevas realidades, nuevos enfoques

Moderador:

M. Gómez García

Médico de familia. Miembro del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de semFYC y de la Sociedad Madrileña de Medicina de MFyC. Centro de Salud Mirasierra, Madrid.

Ponentes:

J.A. Caylà Buqueras

Servicio de Epidemiología. Unidad de Investigación en Tuberculosis. Agència de Salut Pública de Barcelona.

J.J. Gómez Marco

Médico de Familia. Centro de Salud Las Calesas. Área 11 del Servicio Madrileño de Salud. Coordinador de Grupo de Enfermedades Infecciosas del PAPPS-semFYC.

M. Alberny Iglesias

Médico de Familia. CEESCAT. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

J. Campos Marqués

Microbiólogo. Laboratorio de Antibióticos. Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Miembro del Grupo Español de Seguimiento de Resistencias a Antibióticos.

Tuberculosis, VIH e inmigración

J.A. Caylà Buqueras

Las enfermedades emergentes son aquellas que han aparecido en la población durante las últimas décadas o amenazan incrementarse en un futuro cercano. La TB desde este punto de vista no puede considerarse emergente, pero si desde el punto de vista de las resistencias ya que se esta observando un incremento de cepas importadas multiresistentes o incluso extremadamente resistentes (XDR).

En la epidemiología de la TB en España ha sido y sigue siendo determinante la infección por VIH, y en el momento actual la inmigración masiva procedente de países en vías de desarrollo. Por estos motivos no puede tratarse el problema de la TB sin considerar la influencia del VIH-SIDA y de la inmigración.

El fenómeno de la inmigración en España (fig. 1)

España ha sido claramente un país de emigrantes al menos durante buena parte del siglo XX, por cuestiones económicas (y también políticas al final de la guerra civil) muchos españoles emigraron sobretodo al resto de Europa y a América. En los últimos años la situación se invierte y por razones básicamente económicas, más de 4 millones de personas han llegado a España, la inmensa mayoría proceden de países en vías de desarrollo y con programas de control de la TB muy limitados, y por tanto con mucha TB.

De acuerdo con las estadísticas del INE del 2006, de los más de 44 millones de personas que residen en España, 4.144.166 corresponden a extranjeros y 40.564.964 a autóctonos, con lo que el porcentaje de extranjeros representa el 9,26% del total. También debe tenerse en cuenta que en los iberoamericanos, si tienen padres españoles, conservan la nacionalidad española, y que entre los "italianos", muchos son argentinos o uruguayos. Por continentes, entre los procedentes de Europa destaca Rumania con 407.159, entre los de África destaca Marruecos con 563.012, entre los de América es Ecuador con 461.310 y entre los de Asia un total de 104.681 inmigrantes proceden de China.

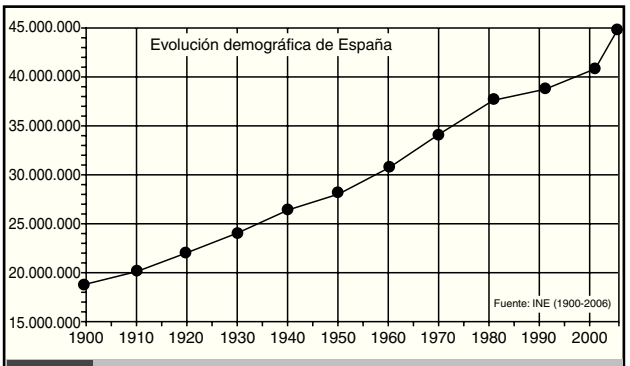


FIGURA 1

Impacto del VIH-SIDA y de la emigración en la epidemiología de la TB

En Barcelona se ha podido a estudiar a fondo este fenómeno a partir de más de 20 años de vigilancia epidemiológica activa tanto para SIDA como para TB. Así, entre 1991 y 1997 se calculó un exceso de más de 2000 casos en relación a lo previsto, la mayoría atribuibles a la infección por VIH, y entre 2000 y 2003 se calculó otro exceso de casos en relación a lo previsto de más de 600, la mayoría serían debidos en este caso al fenómeno migratorio (fig. 2).

Propuesta de nuevos criterios en el abordaje de la enfermedad y la infección tuberculosa a impulsar desde la Atención Primaria

Los criterios clásicos para el buen control de la TB se basan en el diagnóstico precoz, el cumplimiento de una buena pauta terapéutica y en el estudio de contactos. Las combinaciones farmacológicas actuales, el cambio demográfico y la mejora de los programas de control en algunas CCAA, permiten aportar nuevas recomendaciones a impulsar desde la Atención Primaria.

¿Cómo puede contribuir la atención primaria?

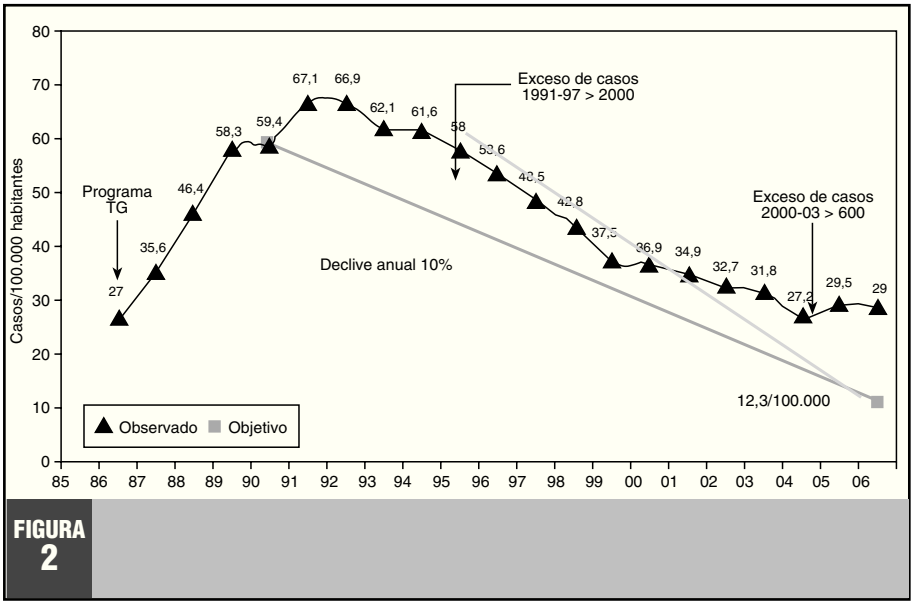


FIGURA 2

1. En relación al diagnóstico precoz: considerando a la TB en el diagnóstico diferencial de diversos síndromes, particularmente tos y expectoración de más de 15 días. Si se produce retraso diagnóstico se puede generar un brote epidémico.
2. Notificando los posibles casos a los servicios de salud pública (actualmente en España hay un subregistro importante). Recuérdese que un brote epidémico (simplemente dos casos relacionados) es de declaración urgente.
3. En relación al cumplimiento del tratamiento: prescribiendo combinaciones terapéuticas de 3 o 4 fármacos para la fase inicial y de dos para la fase de continuación. Ver si el paciente presenta factores asociados de mal cumplimiento (toxicómano, indigente, antecedentes de abandonos de tratamientos, etc.), en estos casos procurar tratamientos directamente observados si están disponibles. Controlando la recogida de recetas (en la 1ª. fase deberá venir al final del primer mes, y en la segunda fase cada 2 meses aproximadamente, dependerá del peso del paciente).
4. En relación al estudio de contactos: verificar si los contactos (convivientes y no convivientes) han sido revisados, activar su revisión directa o indirectamente a través de la Unidad de TB de referencia. Verificar cumplimientos de los tratamientos de la infección tuberculosa latente.
5. Fomentar la educación sanitaria: es básico que el paciente y sus contactos entiendan bien la importancia de revisarse, de cumplir el tratamiento, etc. En el momento actual, en poblaciones inmigrantes, es importante disponer de agentes de salud que actúen como mediadores culturales y como traductores y que transmitan al paciente y a sus contactos los mensajes clave.

Perspectivas de una vieja enfermedad

Viejas enfermedades transmisibles están desapareciendo de nuestro entorno gracias a la eficacia de las vacunas (sarampión, polio, etc.), o a las mejoras higiénicas (fiebre tifoidea, brucelosis, etc.), pero la TB, como por ejemplo la infección por VIH y muchas infecciones de transmisión sexual, están sujetas a programas que exigen mucha coordinación, cumplimiento de tratamientos, estudio de contactos, por lo que los servicios de atención primaria no deben olvidarse de esta vieja enfermedad re-emergente, cualquier médico puede tener casos y muy probablemente entre un 10-40% de infectados por *Mycobacterium tuberculosis.*

Enfermedades reemergentes vacunables. ¡Por fin llegaron!

J.J. Gómez Marco

" La salud del individuo está mejor asegurada cuándo se mantiene o mejora la salud de la comunidad entera" D. Satcher (Director de los CDC. USA).

Se conoce como enfermedades "emergentes" a aquellas enfermedades de origen infecciosos cuya incidencia en humanos se ha incrementado en las dos últimas décadas o amenaza con aumentar en los próximos años y por enfermedad "re-emergente" a aquellas patologías cuya incidencia estaba disminuyendo, se creían controladas y en retroceso, estaban "dormidas", pero que por diversas circunstancias tanto su frecuencia como morbi-mortalidad están aumentando bien de forma aislada o en forma de brotes. Una enfermedad "re-emergente vacunable" sería aquella en que una de las estrategias de prevención (que no la única) es la vacunación.
¿Por qué se producen éstos cambios? ¿Qué factores hacen resurgir éstas enfermedades? Son múltiples los factores; a saber; desplazamiento de la susceptibilidad de la edad infantil al adulto, bajas coberturas vacunales en la edad adulta, el fenómeno inmigratorio, viajes internacionales, comercio internacional, desarrollo económico, desigualdades socio-sanitarias, conflictos bélicos, desastres naturales, cambios comportamiento y percepción de la enfermedad en las personas, crisis sistemas sanitarios, desarrollo incontrolado urbanístico e incluso se han invocado cambios climáticos. El concepto de "aldea global" aplicado a éstas cuestiones cobra toda su vigencia. Afectan fundamentalmente a países pobres, con grandes desigualdades y escaso o nulo desarrollo de la salud pública: sirva como ejemplo la malaria, tuberculosis e infección por VIH. "Vivimos en un mundo en que las infecciones cruzan con facilidad las fronteras geográficas o sociales, mientras los recursos se ven bloqueados en la aduana". Para el abordaje se necesitan no solo estrategias sanitarias sino económicas. ¿Qué está pasando en España?. Algunos datos reflejan estos cambios: brote de rubéola en la Comunidad de Madrid con aparición de casos de rubéola congénita. Brotes de sarampión en Almería, La Rioja , Madrid, Cataluña, Canarias y Comunidad Valenciana. Incremento de parotiditis en de todo el país. Aparición de casos de meningitis C en adultos (mayores de 20 años). Aumento de casos de hepatitis A en colectivos de adolescentes y viajeros; así como aumento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y otras patologías importadas (433 casos de paludismo notificados en el año 2005.)
Este resurgir, hace cuestionar algunos principios de la vacunología que se consideraban inamovibles que deben ser cuestionados y nos debe llevar a la modificación de los calendarios vacunales y la políticas de vacunación tanto mundiales (ampliación de PAI, estrategias de la OMS..) como en nuestro país. Además de potenciar otras actividades preventivas: uso de preservativo (ETS, VIH, Hepatitis..), profilaxis de malaria (viajeros, inmigrantes), implementación de programas de TBC.
¿Qué debe saber un médico de familia de éstas cuestiones?. A modo de resumen, vayan estos pensamientos:

1. Pensamiento global y actuación local (las vacunas como medida preventiva y valor social).
2. Las vacunas no son solo para Pediatras, para Enfermeras y para niños: los adultos también se vacunan: gripe, neumococo, triple vírica, meningitis, hepatitis, vacunas para viajeros…
3. La edad no es un límite para la administración de las vacunas.
4. "Sensibilidad vacunal " con los colectivos más vulnerables: inmigrantes, mujeres, excluidos sociales, niños en acogida, viajeros, gestantes y ancianos frágiles.
5. Necesidad de estar informado sobre los cambios epidemiológicos que acontecen: brotes en colegios, campañas de vacunación.
6. Los nuevos problemas necesitan nuevas estrategias: a la búsqueda del calendario vacunal de la persona.
7. Es necesario, sino imprescindible "redefinir" el protagonismo de la Atención Primaria en la realización de actividades preventivas.
8. "Dejar de hacer para hacer" o como redescubrir la cantidad de intervenciones ineficientes que hacemos todos los días por intervenciones preventivas eficaces, eficientes, coste/eficaces y socialmente relevantes.

Bibliografía

Campaña de vacunación frente a la rubéola congénita en la Comunidad de Madrid. Documento técnico. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid 2006.
Comentario epidemiológico de la Enfermedades de Declaración Obligatoria y Sistema de Información microbiológica. España. Año 2005. Bol Epidemiol Sem. 2006;14:193-204.
Corachán M. Enfermedades emergentes. Mucho más de lo mismo. Enf Emerg. 2001;3:8-10.
Corretger Rauet JM, Vidal Tort J. Brotes de enfermedades inmunoprevenibles en Cataluña. En: Vacunas 2006. Prous Science SA Barcelona 2006.
Del Rey Calero. Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes. An Med Interna. 2002;19:443-5.
Emergyng Infections Diseases. Disponible en: www.cdc.gov/ncidad/EID/index.htm.
Prats G. las enfermedades infecciosas en el siglo XX y resto para el siglo XXI. Vacunas. 2003;4:27-9.
Outbreaks of measles in Germany, 2006. Euro Surveill 2006;11:E060323.4
Outbreaks Update: 2007 Measles and Mumps Outbreaks. En: http://www.cdc.bov/travel/other/measles_intl_travel_2004.htm.
Ramírez R, Garcia Coma L, Ordovás M, Sanz JC, Barranco D. Borte de rubeola en la Comunidad de Madrid. En: Vacunas. 2006. Prous Science SA Barcelona 2006.
Urbiztondo L, Batalla J, Domínguez A, Torner N. Botes de parotiditis ¿ es posible la erradicación de la enfermedad?. En: Vacunas. 2006. Prous Science SA Barcelona 2006.
Valerio LL, Rodrigo C, Sabría M. Vacunación contra la hepatitis A en España: análisis desde la Salud Internacional. Enf Emerg. 2003;5:126-30.

Reemergencia de las infecciones de transmisión sexual: ¿sólo un problema de algunos grupos sociales?, ¿es necesario cambiar la forma de afrontarlas?

M. Alberny Iglesias

En los últimos años la situación sanitaria mundial ha estado condicionada por la prevalencia de las enfermedades transmisibles, con una importante carga de morbilidad y mortalidad sobre todo para los países de renta baja. En este contexto, las infecciones emergentes (entre las que se

halla la causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana o VIH) y las infecciones reemergentes (entre las que se encuentran el resto de ITS) ocupan un lugar notable.
A finales del siglo XX, aparece la infección por el VIH y se produce un cambio en la tendencia de las demás ITS. A la reemergencia de las ITS pueden haber contribuido diversos factores: socioculturales, socioeconómicos, demográficos y conductuales, determinadas políticas sanitarias, movimientos migratorios y desplazamientos viajeros de las poblaciones. Y junto a todos estos factores, el efecto "negativo" que ha podido tener la terapia antiretrovírica de alta eficacia VIH con respecto a la adopción de medidas preventivas.
Si se expresa lo anterior en cifras, cabe decir que en 1999 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba que se producían cada año en el mundo 340 millones de nuevos casos de ITS curables (sífilis, gonococia, tricomoniasis, infección genital por clamidia), que afectaban a hombres y mujeres de 15 a 49 años de edad y se distribuían mayormente entre países del sur y sudeste asiáticos, África subsahariana, América latina y Caribe. En Europa occidental, por su parte, la tendencia decreciente de nuevos casos de ITS del período 1980 a 1990 empieza a cambiar a finales de 1996: así, se produce un aumento en la notificación de gonococia, sífilis e infección genital por clamidia y aparecen brotes de sífilis, linfogranuloma venéreo y hepatitis A en países del norte de Europa. A estos brotes se suma un incremento de infecciones por VIH adquiridas por via sexual y casos de coinfección de VIH y sífilis. En España, aunque no se dispone de información suficiente, las tendencias parecen mostrar similitud con el resto de los países de Europa occidental.
En su conjunto, las ITS constituyen una de las principales causas de enfermedad aguda y muerte en todo el mundo, con serias repercusiones en la salud física y mental de las personas que las padecen. A ello cabe añadir las consecuencias que algunas ITS pueden tener sobre la salud reproductiva de las personas y sobre la salud e incluso la vida de sus futuros hijos. Todas estas consecuencias son aún más graves si se tiene en cuenta la contribución potencial de las ITS en la transmisión de la infección por VIH. Existen evidencias de que la presencia de la infección por VIH puede alterar las manifestaciones clínicas de algunas ITS y su respuesta al tratamiento y, por otro lado, se han identificado mecanismos biológicos que facilitan la transmisión del VIH cuando estan presentes otras ITS. Por ello, se sabe que una de las formas más efectivas de prevenir la infección por VIH es diagnosticar y tratar precoz y adecuadamente las ITS.

¿Sólo un problema de algunos grupos sociales?

Aunque existen grupos de población que son más vulnerables frente a las ITS y al VIH, estas infecciones no son exclusivas de dichos grupos y pueden afectar a cualquier persona que se exponga a las mismas en sus relaciones sexuales. Aunque existen otras posibles vías de contagio y transmisión para alguna de las ITS y el VIH, todas ellas tienen en común que pueden contraerse durante las prácticas sexuales sean éstas genitales, orales o anales.
De todas formas, existen grupos de población en que hace falta intervenir prioritariamente, desde el punto de vista de la atención clínica y de la prevención, debido a su mayor vulnerabilidad frente a estas infecciones:

- Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH).
- Usuarios de drogas por via parenteral (UDVP) y por otras vías de consumo.
- Trabajadores/ras del sexo comercial.
- Personas infectadas por el VIH.
- Mujeres sexualmente activas, en edad fértil o embarazadas.
- Jóvenes y adolescentes.
- Personas que se encuentran en situación de precariedad económica.

Algunos ejemplos:
- El número de parejas, el tipo de prácticas sexuales con mayor riesgo de lesiones en la mucosa rectal, cierta relajación en la adopción de medidas preventivas que se habían adquirido durante los primeros años de la epidemia por VIH, etc. podrían tener que ver, por ejemplo, con el aumento de casos de sífilis y de gonococia en el grupo de HSH.
- Las mujeres sexualmente activas se hallan en riesgo de contraer ITS debido muchas veces a razones de tipo cultural, cuando no pueden o no saben negociar con sus parejas la adopción de medidas y prácticas sexuales más seguras (utilización de métodos de barrera como el preservativo, por ejemplo). Muchas de estas mujeres pueden contraer sin saberlo ITS como gonococia o infección genital por clamidia, infecciones que pueden acarrearles importantes secuelas en su salud reproductiva (enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, parto prematuro, esterilidad).
- El herpes genital (tipo I y tipo II) son muy frecuentes entre los más jóvenes y los adolescentes, no siendo extraño observar herpes genital en zonas anatómicas extargenitales (cavidad oral, por ejemplo) debido a la realización de prácticas sexuales orientadas a evitar el embarazo en este grupo de población. Muchos jóvenes tienen información sobre el VIH pero desconocen la existencia de las demás ITS, inician sus relaciones sexuales en edades muy tempranas y su fidelidad suele ser cíclica (van cambiando de pareja), por lo que este grupo de población es especialmente lábil.

¿Es necesario cambiar la forma de afrontarlas?

Absolutamente, sí.
Es necesario impulsar un modelo asistencial que integre actividades preventivas y de atención clínica, llevadas a cabo principalmente por profesionales de equipos de atención primaria (EAP) y de equipos de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSYR), debido a las características de funcionamiento y proximidad a la población de los primeros y a la especificidad de los segundos. Este nuevo enfoque permitiría normalizar el proceso de la atención global de las ITS, asimilándolo a otros problemas de salud menos estigmatizantes. Para ello, harían falta recursos diagnósticos, terapéuticos y preventivos adecuados y accesibles a estos profesionales y dispositivos así como el establecimiento de circuitos ágiles para poder realizar intervenciones eficaces.
Además de poseer los conocimientos científicos necesarios, estos profesionales deberían estar capacitados (en el sentido de tener habilidades) para realizar de forma efectiva el abordaje de la sexualidad y de la vida afectiva de los pacientes, para poder diagnosticar y tratar lo más precozmente posible problemas relacionados con esta dimensión de la vida de las personas. Otra tarea fundamental de estos profesionales sanitarios es la provisión de consejo para modificar hábitos y comportamientos de riesgo, que debe ir acompañado de otras medidas más concretas como por ejemplo la educación sobre el uso correcto de los métodos de barrera (preservativo) o sobre el uso del método doble (preservativo y otros contraceptivos) cuando además se quiera evitar embarazos no deseados. Finalmente, habría que sistematizar la realización del estudio de los contactos sexuales de las personas con ITS y/o VIH, para poder evaluarlas y tratarlas en los casos requeridos, como parte fundamental de las estrategias de lucha y control de estas infecciones.

El uso humano de antibióticos y la resistencia bacteriana: ¿cómo afecta a la Atención Primaria y cómo se puede controlar?

J. Campos Marqués

Desde el siglo pasado, la progresiva incorporación de los antibióticos en la práctica clínica unido a las mejoras en la salubridad general y las vacunas, han llevado a una gran reducción de la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades infecciosas bacterianas. Sin embargo, por lo que respecta a los antibióticos, estos grandes avances son ahora amenazados por la aparición y diseminación de diversas especies de bacterias que han adquirido resistencias a diversas familias de antibióticos. Las enfermedades bacterianas más frecuentes y más graves son también las que presentan mayores problemas de resistencias, como son las infecciones respiratorias, meningitis, infecciones urinarias, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades adquiridas en el hospital y las diarreas infecciosas.
Desde hace tiempo se habla de los antibióticos como de un bien sanitario de primer orden no renovable, ya que el ritmo de crecimiento de las resistencias puede sobrepasar al de la incorporación de nuevas familias de antibióticos. La emergencia y diseminación de la resistencia antimicrobiana se deben a factores complejos condicionados por diversos factores relacionados (diseminación clonal bacterianas y/o diseminación de mecanismos genéticos de resistencia), que son potenciados por el uso inadecuado de antimicrobianos y, por tanto, pueden modificarse al menos en parte.

El consumo y la resistencia: cómo nos afectan

En medicina humana, el mayor consumo de antibióticos se produce en la comunidad (alrededor del 85% del total) en todos los países, para tratar sobre todo procesos respiratorios que son, como es conocido, en su mayoría de origen vírico. El "tratamiento" de un proceso vírico con un anti-

biótico carece de utilidad terapéutica pero somete al paciente a un riesgo de alergias y toxicidad innecesarios y además produce un impacto ecológico importante sobre su flora respiratoria e intestinal.
Ciertas instituciones cerradas como los hospitales y las residencias de enfermos crónicos son reservorios para el desarrollo de nuevas resistencias y su diseminación. Las barreras entre estas instituciones y la comunidad son cada vez más débiles por lo que, bacterias patógenas muy resistentes (*S. aureus* resistente a meticilina, enterobacterias multiresistentes, *Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumanii)* tradicionalmente confinados en determinadas unidades hospitalarias, aparecen también en pacientes comunitarios. Con frecuencia, los pacientes y la población general se convierten además en portadores sintomáticos de bacterias multiresistentes.
Algunos datos sugieren que España es un país con elevado consumo de antibióticos en la comunidad con un componente fuertemente estacional. Sin embargo, la información varía en función del método de medida utilizado; así según datos de *Intercontinental Marketing Services* (IMS), en 1997 sólo Francia, con 36,5 dosis diarias definidas (DDD)/1.000 habitantes, consumía más que España, con 32,4 DDD/1.000 (Inglaterra: 18,0; Alemania: 13,5; Suecia: 13,5, y Holanda: 8,9); sin embargo, los mismos datos basados en el registro de prescripciones oficiales son entre un 30-35% inferiores. Esta diferencia puede ser atribuida a diferentes factores ya que ambos métodos no miden exactamente el mismo tipo de consumo, pero sin duda uno de los más importantes es la venta de antibióticos sin receta.
Sobre el consumo de antimicrobianos influyen múltiples factores, algunos propios del conocimiento técnico-científico, pero también otros no directamente clínicos como son las expectativas e interacciones de los médicos que prescriben y los pacientes, las características del sistema de salud de cada país y los sistemas de regulación de medicamentos.

El consumo responsable

Los médicos de asistencia primaria y los pediatras reciben a menudo la presión de los padres de los niños y de los propios pacientes en general para prescribir antibióticos. La prescripción tiende a aumentar cuando los medios diagnósticos son insuficientes, cuando el médico prescriptor no conoce bien o no dispone de medios diagnósticos, y cuando existen dificultades para el seguimiento del paciente o miedo a posibles reclamaciones legales. Incluso médicos bien entrenados carecen a menudo de información actualizada sobre prevalencia de enfermedades virales respiratorias epidémicas en los meses invernales o de resistencias de su área geográfica de influencia, necesarias para la toma decisiones terapéuticas adecuadas.
Las intervenciones para disminuir el consumo innecesario de antibióticos pueden ser diversas y algunas han sido objeto de evaluaciones sistemáticas, entre ellas tenemos:

- Uso de materiales impresos: poca o ninguna utilidad.
- Reuniones educativas: algo más útiles.
- Intervenciones basadas en el paciente, sobre todo el uso de prescripciones diferidas para las que los antibióticos no estaban inmediatamente indicados: reducen la prescripción de antibióticos de manera efectiva y no resultan en exceso de morbilidad,
- Las intervenciones múltiples implicando al médico, al paciente y al público en general en distinto formatos y situaciones, son las medidas más útiles para reducir la prescripción innecesaria de antibióticos.

No toda la población consume antibióticos por igual ni las resistencias afectan a toda la población de la misma forma; habría que definir bien cuáles son los grupos de mayor riesgo en ambos casos y las enfermedades más idóneas para actuar de manera prioritaria, sin duda los niños y las infecciones respiratorias se encuentran entre estas prioridades. Así mismo, el impacto clínico de la resistencia a antibióticos es mayor en pacientes de alto riesgo que en pacientes cuya inmunidad y estado general de salud están bien conservados.
Según la mayoría de Agencias Internacionales de Salud (OMS, CDCs, ECDC), la resistencia a antibióticos es actualmente un problema prioritario de salud en todo el mundo en el que todos los sectores sanitarios y no sanitarios, (médicos, farmacéuticos, veterinaria, agricultura, consumidores), que utilizan antibióticos deberían cooperar entre sí y con los responsables de las administraciones sanitarias. En España y otros países se están llevando a cabo campañas nacionales sobre el uso responsable de los antibióticos (http://www.antibioticos.msc.es/home.html).

Asimismo, la cooperación de los médicos de asistencia primaria, mediante diversas actuaciones interdisciplinares (médicos, farmacéuticos, microbiólogos, infectológos, educación sanitaria) es clave para contener el serio problema de la resistencia a antibióticos.

Bibliografía

Arnold SR, Straus SE. Interventions to improve antibiotic prescribing practices in ambulatory care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD003539. DOI: 10.1002/14651858.CD003539.pub2

Arroll B, Kenealy T, Kerse N. Do delayed prescriptions reduce antibiotic use in respiratory tract infections? A systematic review. Br J Gen Pract. 2003;53:871-7.

Bjerre LM, Verheij TJ, Kochen MM. Antibiotics for community acquired pneumonia in adult outpatients. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD002109. Review.

Campos J, Ferech M, Lázaro E, de Abajo F, Oteo J, Stephens P, Goossens H. Surveillance of Outpatient Antibiotic Consumption in Spain according to Sales Data and Reimbursement Data. J Antimicrob Chemother (en prensa).

Campos J, Baquero F. Resistencia a antibióticos: ¿qué hacer ahora? Med Clin (Barc). 2002;119:656-8.

Cars O, Molstad S, Melander A. Variation in antibiotic use in the European Union. Lancet. 2001 9;357:1851-3.

Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M; ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. Lancet. 2005;365:579-87.

Grigoryan L, Haaijer-Rysjamp FM, Burgerhof JG, Mechtler R, Deschepper R, Tambic-Andrasevic A, et al. Self-medication with antimicrobial drugs in Europe. Emerg Infect Dis. 2006;12:452-9.

Oteo J, Lazaro E, de Abajo FJ, Baquero F, Campos J. Spanish members of EARSS. Antimicrobial-resistant invasive *Escherichia coli*, Spain. Emerg Infect Dis. 2005;11:546-53.

Oteo J, Navarro C, Cercenado E, Delgado-Iribarren A, Wilhelmi I, Orden B, et al. Spread of *Escherichia coli* strains with high-level cefotaxime and ceftazidime resistance between the community, long-term care facilities, and hospital institutions. J Clin Microbiol. 2006;44:2359-66.

Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R. Delayed antibiotics for symptoms and complications of respiratory infections. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(4):CD004417. Review.

Smucny J, Fahey T, Becker L, Glazier R. Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(4):CD000245. Review.

Factores de riesgo cardiovascular clásicos y factores de riesgo emergentes

Moderador:

J.M. Lobos Bejarano

Médico de familia. Centro de Salud de Villablanca, Madrid. Coordinador del Grupo de Trabajo de Enfermedades Cardiovasculares de semFYC.

Ponentes:

F. Villar Álvarez

Escuela Nacional de Sanidad, Dirección de programas. Grupo de expertos del PAPPS de Prevención Cardiovascular. Miembro del Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC).

J.C. del Castillo Rodríguez

Médico de familia. Centro de Salud Finca España, La Laguna (Tenerife). Miembro del Grupo de Trabajo de Enfermedades Cardiovasculares de semFYC. Coordinador del Grupo de Trabajo de Cardiovascular de la Sociedad Canaria de MFyC.

C. Brotons Cuixart

Médico de familia. EAP Sardenya, Barcelona. Grupo de expertos del PAPPS en Prevención Cardiovascular. Miembro del Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC).

Factores de riesgo cardiovascular clásicos y factores de riesgo emergentes

J.M. Lobos Bejarano

La existencia de casos de infarto de miocardio, ictus, u otras manifestaciones clínicas de enfermedad cardiovascular (ECV), en pacientes sin aparentes factores de riesgo clásicos, así como un mayor conocimiento de la enfermedad aterosclerótica y las complicaciones aterotrombóticas, dando cada vez una mayor importancia al componente inflamatorio en el proceso fisiopatológico subyacente, ha llevado a la investigación de distintos marcadores relacionados con este hecho. La proteína C reactiva, fibrinógeno, lipoproteína A, interleukina-6, amiloide A, homocisteína, activador tisular del plasminógeno, etc. han sido relacionados con la incidencia de episodios cardiovasculares en múltiples estudios.

Su relación con la enfermedad cardiovascular no se pone en duda, pero pueden no ser necesariamente factores de riesgo independientes y tratarse de marcadores biológicos del proceso inflamatorio o del proceso aterotrombótico subyacente (factores trombogénicos). No está claro que la actuación sobre estos nuevos FR realmente sea capaz de reducir la incidencia de nuevos casos de enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, ictus u otras manifestaciones) de forma independiente a la actuación sobre los FR ya conocidos[1].

Particularmente interesante resulta la asociación entre ciertos marcadores inflamatorios y la obesidad de tipo abdominal, que sugiere fuertemente un componente inflamatorio crónico de baja intensidad como responsable del mayor daño vascular entre los pacientes que presentan una localización de la grasa predominantemente intraabdominal y visceral medible en la clínica a través del perímetro de la cintura[2].

En los últimos años, la obesidad abdominal ha adquirido especial interés como predictora de riesgo cardiovascular y de diabetes mellitus tipo 2, lo que en conjunto se ha denominado *riesgo cardiometabólico*[3] habiéndose observado esta asociación en diversos estudios epidemiológicos.

La obesidad abdominal se asocia en la práctica clínica a una constelación de factores de riesgo cardiovascular, algunos de los cuales (hipertensión, dislipemia, hiperglucemia) se agrupan en el concepto de *síndrome metabólico* (SM) cuya definición incluye una vertiente etiopatogénica, que considera la resistencia insulínica como núcleo fundamental y criterio necesario de su definición[2] y una vertiente clínica que considera la obesidad abdominal como un criterio importante[4] o incluso fundamental, necesario para su diagnóstico (Internacional Diabetes Federation, 2005).

Aunque existe controversia en la actualidad sobre la consideración del SM como una entidad clínica independiente, más allá de lo que supondría la suma de los distintos factores de riesgo que lo componen[5] y existen además distintos criterios y puntos de corte utilizados para su diagnóstico (OMS, ATP-III, IDF), son abundantes los estudios que demuestran que los pacientes con SM sufren un mayor riesgo cardiovascular y desarrollan más frecuentemente diabetes tipo 2[6].

En la presente mesa, trataremos de aclarar qué aportan realmente en la práctica clínica y particularmente en atención primaria, estos denominados nuevos factores de riesgo o FR emergentes, comparados con los FR clásicos, cuya relación causal con la enfermedad vascular está bien establecida. Resulta importante conocer si alguno de estos nuevos FR puede desplazar a los clásicos, si resulta viable y factible su medición en la práctica y sobre todo, si tiene utilidad pronóstica y si su conocimiento, prevención y tratamiento permite modificar la historia natural de la ECV.

Un concepto especialmente interesante es el de *modificadores del riesgo*, algunos de ellos bien estudiados y con suficientes evidencias que demuestran que su presencia y asociación a los FR clásicos, aumenta el riesgo cardiovascular respecto al valorado con las tablas de riesgo convencionales. Es el caso de la hipertrigliceridemia, HDL-colesterol bajo, sedentarismo, obesidad abdominal, glucemia basal alterada (todos ellos componentes del síndrome metabólico), entre otros, cuya relación estrecha con la posibilidad de padecer episodios cardiovasculares es bien conocida. Más complejo (y trataremos de aportar datos recientes en este sentido) es conocer con cierta precisión en qué medida incrementa cada uno de ellos por separado el riesgo cardiovascular.

Finalmente, otros marcadores pueden traducir o reflejar el daño orgánico ya instaurado, reversible o no, a causa de lesiones vasculares o renales (funcionales o estructurales) de diferente grado, en ausencia de enfermedad vascular clínicamente evidente. Es el caso de la microalbuminuria, creatinina plasmática elevada o hipertrofia ventricular izquierda, que han de tenerse también presentes en la evaluación del riesgo cardiovascular global ya que suponen un riesgo adicional importante y significativo.

Bibliografía

1. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K et al. Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur J Cardio Prev. 2003;10(Suppl 1):S1-S78.
2. Reaven GM. Role of insulin resistance in human disease. Diabetes. 1988;37:1595-607.
3. Després JP. Abdominal obesity: the most prevalent cause of the metabolic syndrome and related cardiometabolic risk. Eur Heart J. 2006;8(Suppl B):B4–B12
4. Grundy SM, Brewer HB, Cleeman JI, Smith SC, Lenfant C, for the Conference Participants. Definition of metabolic syndrome. Report of The National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. Circulation. 2004;109:433-8.
5. Reaven GM. The Metabolic Syndrome: Requiescat in Pace. Clin Chem. 2005;51:931-8.
6. Ford ES, Giles WH, Mokdad AH. Increasing prevalence of the metabolic syndrome among US adults. Diabetes Care. 2004;27:2444–9.

Factores de riesgo clásicos: ¿siguen siendo los "pesos pesados"?

F. Villar Álvarez

Los factores de riesgo mayores, sobre los que hay suficiente evidencia de que desempeñan un papel causal independiente, son aquellos que se asocian de forma más fuerte a la enfermedad cardiovascular y que además son muy frecuentes en la población. Por ello, dan cuenta de una parte muy importante de los casos de enfermedad cardiovascular en la población española, y las estrategias más eficaces de prevención son las dirigidas a lograr el control de estos factores de riesgo[1,2].

En cuanto a su frecuencia en España, aproximadamente el 20% de los adultos tiene el colesterol total ≥ 250 mg/dl. Por encima de 200 mg/dl se encuentran entre el 50% y el 69% de los adultos de edades medias. Uno de cada cuatro pacientes en las consultas de atención primaria están diagnosticados de dislipemia. El grado de tratamiento farmacológico de la dislipemia en las consultas ambulatorias españolas es moderadamente alto (tres de cada cuatro pacientes lo reciben), pero el control es bajo pues sólo uno de cada tres dislipémicos diagnosticados y tratados está controlado adecuadamente. Además, y contrariamente a lo deseable, el grado de control disminuye conforme aumenta el riesgo cardiovascular de los pacientes[2].

Aproximadamente el 35% de la población española mayor de 18 años es hipertensa. Estas cifras suben al 40-50% en edades medias y al 68% en los mayores de 60 años. El 65% de los hipertensos sabe que lo es; de ellos,

el 85% está en tratamiento, pero sólo el 25% logra controlar la presión arterial[2]. En general, las personas de alto riesgo cardiovascular, los diabéticos y los enfermos renales crónicos presentan peor control tensional que el conjunto de la población.
El tabaquismo sigue siendo muy frecuente, en el año 2005 fumaba en España un 26% de la población mayor de 16 años. El impacto del consumo de tabaco en la mortalidad es muy notable. En el año 2001 el tabaco fue responsable de unas 54.200 muertes (15,5% de todas las muertes) en personas de 35 y más años. La mayoría de estas muertes atribuibles al tabaquismo (49.300) ocurrieron en varones. De todas las muertes atribuibles al tabaquismo, la tercera parte (18.500) fueron por enfermedades cardiovasculares, en concreto unas 6.700 por cardiopatía isquémica (16% de todas las muertes coronarias) y unas 4.800 por enfermedad cerebrovascular (16% de todas las muertes por ictus)[3].
Además, la asociación de varios factores de riesgo es frecuente, lo que supone una elevación del riesgo cardiovascular global de estas personas. A pesar de las pruebas existentes sobre el beneficio de controlar los factores de riesgo cardiovascular, sobre todo en los pacientes de alto riesgo, en España, los numerosos estudios existentes atestiguan el escaso grado de control de cada factor de riesgo cardiovascular considerado separadamente, tal como se acaba de señalar y, también, del control conjunto de todos ellos, es decir, del control integral4,5. De esta forma, queda todavía en España un amplio campo de actuación en la prevención cardiovascular actuando sobre los factores de riesgo mayores.
La importancia del control de los factores de riesgo cardiovascular mayores es clara, en un estudio recientemente publicado, se atribuye a la disminución de estos factores de riesgo aproximadamente la mitad de todo el descenso de la mortalidad por cardiopatía isquémica producida en Estados Unidos en el periodo 1980-2000[6].
Finalmente, en cuanto al procedimiento de cálculo del riesgo cardiovascular, la adición de diez biomarcadores (entre ellos la proteína C reactiva, el fibrinógeno o la homocisteina) al cálculo del riesgo cardiovascular utilizando los factores de riesgo convencionales producía sólo un pequeño incremento en la capacidad para clasificar el riesgo[7].

Bibliografía

1. Grundy SM. Primary prevention of coronary heart disease. Integrating risk assessment with intervention. Circulation. 1999;100:988-98.
2. Villar Álvarez F, Banegas JR. Donado Campos JM, Rodríguez Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA 2007. Madrid: SEA; 2007.
3. Banegas JR, Díez L, González J, Villar F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. Med Clin (Barc). 2005;124:769-71.
4. Álvarez-Sala LA, Suárez C, Mantilla T, Franch J, Ruilope LM, Banegas JR, Barrios V. Estudio Prevencat: control del riesgo cardiovascular en atención primaria. Med Clin (Barc). 2005;124:406-10.
5. De la Peña A, Suárez C, Cuende I, Muñoz M, Garré J, Camafort M, et al. Control integral de los factores de riesgo en pacientes en alto y muy alto riesgo cardiovascular en España. Estudio CIFARC. Med Clin (Barc). 2005;124:44-9.
6. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. N Engl J Med. 2007;356:2388-98.
7. Wang TJ, Gona P, Larson MG, Tofler GH, Levy D, Newton-Cheh C, et al. Multiple biomarkers for the prediction of first major cardiovascular events and death. N Engl J Med. 2006;355:2631-9.

Factores de riesgo emergentes: desde la obesidad abdominal a los nuevos marcadores bioquímicos

J.C. del Castillo Rodríguez

Desde la publicación de los primeros datos del Estudio Framingham, se conoce que la intervención preventiva en enfermedad cardiovascular debe basarse en una estrategia multifactorial. Los resultados del Pooling Project[1] ya señalaban que una fracción importante de la población, aún sin presentar elevaciones acusadas de un factor de riesgo aislado, sí muestran pequeñas elevaciones de la TA, del colesterol sérico y del colesterol LDL más consumos discretos de tabaco y presencia de sobrepeso, lo que junto con el hecho de que los distintos factores de riesgo se potencian de un modo exponencial, hacía que estos individuos presentasen un riesgo cardiovascular igual o superior a los hipertensos, fumadores o personas con cifras de colesterol muy elevadas[2].
Aunque clásicamente se ha aceptado el hecho de que aproximadamente la mitad de los eventos coronarios y de los ictus ocurren en personas aparentemente sanas con niveles de colesterol normales y que uno de cada cinco eventos ocurre en personas sin factores de riesgo cardiovascular (FRCV) mayores "tradicionales"; hoy sabemos que los lípidos anormales, el tabaquismo, la hipertensión, la diabetes, la obesidad abdominal, los factores psicosociales, el consumo de frutas, vegetales y alcohol y actividad física regular justifican la mayoría del riesgo poblacional de cardiopatía isquémica en poblaciones con diferentes niveles de RCV[3].
Por otro lado, actualmente está claramente establecida la recomendación de tomar decisiones de prevención primaria de la enfermedad cardiovascular (ECV) basadas en la aplicación de ecuaciones para la estimación del RCV global. El problema es que, al aplicar este tipo de herramientas de estimación de riesgo a individuos concretos para clasificarlos correctamente según su nivel de riesgo, su sensibilidad es escasa[4].
Todo esto ha llevado a considerar la utilidad de otros factores de riesgo diferentes a los llamados tradicionales o clásicos. Este grupo de los denominados "factores emergentes" está formado por una larga lista que incluye, entre otros, los siguientes:
- Obesidad abdominal medida en forma de perímetro abdominal, índice abdomen-pelvis o índice abdomen-estatura.
- Factores relacionados (aunque no sea de forma causal y específica) con distintos aspectos de la etiopatogenia de la enfermedad aterotrombótica arterial tales como PCR ultrasensible (respuesta inflamatoria), lipoproteína-a (oxidación del LDL y formación de trombo), LP-PLA2 (respuesta inflamatoria), homocisteína (daño endotelial y formación de trombo), fibrinógeno (formación de trombo), dímero D (formación de trombo), activador tisular del plasminógeno (formación de trombo), cociente de albúmina creatinina en orina (disfunción endotelial).
- Marcadores de afectación cardiaca como el BNP y el NT proBNP que aumentan en respuesta al aumento de tensión o dilatación en las paredes ventriculares.
- Pruebas de imagen no invasivas que permitan estimar el riesgo de forma individualizada en cada persona.

Se ha sugerido que un buen biomarcador para la estratificación del RCV debe cumplir las siguientes condiciones[5]:

1. Ser un test comercializado, de fácil acceso, reproducible, estandarizado, simple y a un coste aceptable.
2. Haber demostrado ser un predictor de riesgo en estudios prospectivos
3. Poseer poder predictivo adicional a los FRCV clásicos, siendo útil para pacientes de poblaciones de bajo riesgo
4. Mejorar la identificación del objetivo terapéutico modificando la categoría de tratamiento (la eleva o disminuye).

De todos los llamados FRCV emergentes el más estudiado ha sido la PCR. A pesar de que su utilización práctica para la estimación del RCV ha sido recomendada por algunos paneles de expertos[6], estudios recientes[7] ofrecen datos que llevan a cuestionar su utilidad, de forma que actualmente hay grupos de opinión que dudan que este y otros biomarcadores aporten información adicional a la estimada por los FRCV clásicos.

Bibliografía

1. The Pooling Research Group.. Relationship of blood pressure, serum cholesterol, smoking habit, relative weight and ECG abnormalities to incidence of major coronary events: final report of the Pooling Project. Chron Dis. 1978;31:201-71.
2. Hernández MA, Córdoba GR. [Measurement of cardiovascular risk in primary care]. Aten Primaria. 1999;23:376-83.
3. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, et al, on behalf of the INTERHEART Study Investigators*.Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Published online September 3, 2004 http://image.thelancet.com/extras/04art8001web.pdf
4. Brindle P, Beswick A, Fahey T and Ebrahim S. Accuracy and impact of risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease: a systemetic review. Herat. 2006;92:1752-59.
5. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. Circulation. 2002;106:3143-421.
6. Pearson TA, Mensah GA, Alexander RW, et al. Markers of inflammation and cardiovascular disease: application to clinical and public health practice: a statement for healthcare professionals from the Centers for Disease Control and

Prevention and the American Heart Association. Circulation. 2003;107:499-511.
7. Danesh J, Wheeler JG, Hirschfield GM, et al. C-reactive protein and other circulating markers of inflammation in the prediction of coronary heart disease. New Engl J Med. 2004;350:1387-97.

Optimización del uso de las escalas de riesgo en la consulta. Aplicación de los modificadores de riesgo

C. Brotons Cuixart

La posibilidad de calcular el riesgo cardiovascular de nuestros pacientes ha sido un avance importantísimo no igualable para otras enfermedades. Sin embargo, y aún siendo el método más eficiente que disponemos hoy en día en las consultas de atención primaria para el abordaje integral de los factores de riesgo, los sistemas de cálculo son imperfectos, ya que la sensibilidad no supera en el mejor de los casos el 50%, la presencia de los factores de riesgo tradicionales no implica necesariamente la aparición de un evento cardiovascular, o a la inversa, no todos los pacientes con eventos presentan los factores de riesgo tradicionales, y hay muchos otros factores de riesgo que no se incluyen en las tablas. Para superar en parte estas limitaciones, la Guía Europea de Prevención Cardiovascular y su adaptación española[1] han definido los llamados modificadores del riesgo, que son aquellos factores que no se incluyen en las tablas al uso para el cálculo del riesgo pero que claramente su presencia modula el riesgo al alza, por lo que es importante tenerlos en cuenta al calcular el riesgo de nuestros pacientes.

La proximidad al siguiente grupo de edad en las tablas, o la manifestación de enfermedad CV subclínica (e.g., ecografía carotídea o tomografía computarizada para el estudio de calcio coronario) o los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, o la presencia de síndrome metabólico, o el aumento de la PCR, o la obesidad y/o sedentarismo, la hipertrigliceridemia, y otros más, son todos ellos factores que hacen que el riesgo sea mayor al señalado por las tablas.

Existen algunas guías de prevención cardiovascular que llegan a cuantificar este aumento del riesgo para alguno de los modificadores. Por ejemplo, las recomendaciones de las Sociedades Británicas, especifican claramente que aquellos pacientes con hipertrigliceridemia (> 150 mg/dl)) y antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura (< 55 en hombres y < 65 en mujeres) el riesgo debería ser 1,3 veces superior al calculado; o que los pacientes con intolerancia a la glucosa o glucosa basal alterada el riesgo debería ser 1,5 veces superior al calculado[2].

Otros grupos de investigadores han desarrollado algoritmos que ya incluyen en el cálculo del riesgo algunos de los modificadores. Por ejemplo el *Reynolds Store*[3], es una herramienta de cálculo del riesgo en mujeres construido a partir del *Women's Health Study*, que incluye los factores clásicos, y además, modificadores como la PCR o los antecedentes familiares de IM antes de los 60 años, o la hemoglobina glicosilada en el caso de la presencia de diabetes.

También recientemente en algunos estudios aparece la clase socieconómica como un factor de riesgo independiente de todos los demás. Incluso se han publicado algunas tablas de cálculo del riesgo que incluye la clase social, siendo ésta un importante predictor del riesgo, de tal manera que a menor clase social mayor riesgo[4,5].

La importancia de la utilización de los modificadores del riesgo fundamentalmente se centra en aquellos pacientes de riesgo moderado, ya que la presencia de alguno de ellos podría hacer que un paciente pasara a ser de riesgo moderado a riesgo alto, y por tanto, se deberían aplicar las recomendaciones como si fuera tal. Por ejemplo, un paciente con un riesgo de enfermedad coronaria moderado, más próximo al 20% que al 10% a los 10 años según las escalas de *Framingham* (original o calibrada), o un riesgo de mortalidad cardiovascular del 4% según las tablas del *SCORE,* la presencia de antecedentes familiares claros de enfermedad coronaria precoz determinará que este paciente tenga un riesgo superior, pasando a ser de riesgo alto.

Los pacientes que ya son de riesgo alto, la presencia de modificadores del riesgo pudiera hacer que estos pacientes pasaran incluso a ser de muy alto riesgo, pero a efectos prácticos, las recomendaciones y los objetivos terapéuticos serán los mismos que si no tuvieran los modificadores del riesgo. Lo que sí sería recomendable en estos pacientes es establecer una periodicidad menor en el seguimiento.

Bibliografía

1. Brotons C, Royo-Bordonada MA, Alvarez-Sala L, Armario P, Artigao R, Conthe P, et al, como Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular. Rev Esp Salud Pública. 2004;78:435-8.
2. British Cardiac Society, British Hypertension Society, Diabetes UK, HEART UK, Primary Care Cardiovascular Society, The Stroke Association. JBS: Joint British Societies' guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice. Heart 2005;91(Suppl V):v1-v52.
3. Ridker PM, Buring JE, Rifai N, Cook NR. Developments and validation of improved algorithms for the assessment of global cardiovascular risk in women. The Reynolds Risk Score. JAMA. 2007;297:611-9.
4. Tunstall-Pedoe H, Woodward M, for the SIGN group on risk estimation By neglecting deprivation, cardiovascular risk scoring will exacerbate social gradients in disease. Herat. 2006;92:307-10.
5. Brindle PM, McConnachie A, Upton MN, Hart CL, Smith GD, Wat GCM. The accuracy of the Framingham risk-score in different socioeconomic groups: a prospective study. BJGP. 2005;55:838-45.

Osteoporosis, mujeres y médicos. Un conflicto por resolver

Moderadora:

P. Pérez Cayuela

Médico de familia. Centro de Salud de Villablanca, Madrid. Coordinador del Grupo de Trabajo de Enfermedades Cardiovasculares de semFYC.

Ponentes:

R. Bravo Toledo

Médico de familia. Centro de Salud Sector III. Área 10 de Atención Primaria del SERMAS. Getafe. Madrid.

C. Isasi Zaragoza

Reumatólogo. Servicio de Reumatología del Hospital Puerta de Hierro, Madrid.

A. López García-Franco

Médico de familia. Director Técnico de Atención Primaria del Área Sanitaria 9, Madrid. Coordinador del Grupo de la Mujer del PAPPS.

Osteoporosis: muchas preguntas, muchas respuestas pero poco conocimiento

R. Bravo Toledo

Centro de Salud Sector III. Getafe, Madrid.

All our knowledge brings us nearer to our ignorance,
All our ignorance brings us nearer to death,
But nearness to death no nearer to God.
Where is the Life we have lost in living?
Where is the wisdom we have lost in knowledge?
Where is the knowledge we have lost in information?
The cycles of Heaven in twenty centuries
Bring us farther from God and nearer to the Dust.
Choruses from the rock
Thomas Stearns Eliot (Gran Bretaña, 1888-1965)

Todo nuestro conocimiento nos acerca a nuestra ignorancia,
toda nuestra ignorancia nos acerca a la muerte,
pero la cercanía de la muerte no nos acerca a Dios.
¿Dónde está la vida que hemos perdido en vivir?
¿Dónde está la sabiduría que hemos perdido en conocimiento?
¿Dónde el conocimiento que hemos perdido en información?
Los ciclos celestiales en veinte siglos
nos apartan de Dios y nos aproximan al polvo
Coros de la Roca
Thomas Stearns Eliot (Gran Bretaña, 1888-1965)

La osteoporosis es una curiosa enfermedad cargada desde sus orígenes de interpretaciones y polémicas, y decimos bien, desde sus orígenes por que ya la misma catalogación como "enfermedad" es discutida; existe una tendencia a considerarla como un factor de riesgo y un proceso natural más que una verdadera afección patológica. Pero las dudas y los interrogantes no se quedan ahí; se extienden más allá, desde la definición hasta la idoneidad de los tratamientos pasando por las herramientas diagnósticas. Así mismo, la osteoporosis cumple con sospechosa meticulosidad muchos de los parámetros por los que se han definido las enfermedades "inventadas", a saber: asociación a un proceso biológico natural, dirigida a personas sanas (las más numerosas), cultivar el efecto mágico de la prevención, exageración de la prevalencia, hincapié en la consecuencias más graves, disminución de los umbrales diagnósticos, población diana sensible e impresionable etc.

Por otro lado, la osteoporosis ha generado y genera una gran cantidad de información, basta consultar MEDLINE o ver la innumerable cantidad de guías internacionales, nacionales y autonómicas para comprobar que las osteoporosis no es una enfermedad huérfana de información y de datos. Pero como se intuye tras la poesía de Eliot con la que comienza este resumen, la información y su exceso (interesado) se puede revolver contra sus usuarios y, en lugar de cumplir sus objetivos, nos puede llevar a una perdida de conocimiento de tal forma que el valor del esfuerzo para comprender la osteoporosis desde dentro de la información generada puede ser tan frustrante como inútil

No será objeto de esta participación intentar solventar las (numerosas) dudas e interrogantes del auditorio, tarea que, por difícil, se ha encomendado a mejores y más doctos colegas que me seguirán en el uso de la palabra, tampoco es apabullar con un despliegue resumido de la "explosión informativa"en torno a la osteoporosis. Menos aún el intentar sorprender o desarmar las creencias que sobre el trastorno tengan los asistentes hasta hacerles dudar de su existencia. Lo que se pretende en esta participación es dar unas "chispas" de conocimiento (o de información, sabiduría seguro que no) para que los médicos de familia se adentren con seguridad en este tema; para ello nos basaremos en conceptos claves de la epidemiología clínica, pero también nos apoyaremos en las matemáticas, en las ciencias de la información e incluso en el marketing, expuesto, eso sí, de la manera más clara, sencilla y divertida posible. El seguimiento interesado, que no especializado, del tema durante unos años me ha encaminado a la conclusión de que el mundo de la osteoporosis es un juego donde el campo y las reglas, al contrario que en otras enfermedades, no las marca la labor cotidiana y el trabajo de un profesional sanitario; más bien es una especie de jungla que atrapa a médicos y pacientes y en donde compiten intereses variados (legítimos e ilegítimos), con mucha información, mucha ignorancia, muchos tópicos, poco conocimiento y menos sabiduría. Pondríamos decir recordando a Shakespeare y a Tchaikovsky que en la osteoporosis hay mucho ruido y pocas nueces, que es difícil distinguir las nueces sanas y que es nuestro modesto propósito pretendemos obsequiar con un cascanueces con forma de soldado para luchar contra el rey de los ratones.

Tratamiento farmacológico. De la evidencia a la práctica clínica

C. Isasi Zaragoza

¿Qué información tenemos sobre la eficacia de los tratamientos farmacológicos para la osteoporosis en lo que respecta a las preguntas relevantes para la toma de decisiones de mujeres y de médicos?

Ha sido una tarea costosa discernir con suficiente claridad a qué nos referimos cuando hablamos de osteoporosis. Desde el factor de riesgo densitométrico de fracturas hasta la prevención de fracturas por fragilidad. ¿Qué información tenemos sobre la reducción de fracturas con el tratamiento de la osteoporosis densitometrica? ¿Qué información tenemos para modificar el tratamiento según se modifique la densitometría?

El factor de riesgo mas importante de fracturas osteoporóticas es la edad de la mujer, y la mayor parte de las mujeres que reciben tratamiento son menopáusicas jóvenes. ¿Qué información tenemos sobre la eficacia en fracturas de los tratamientos dependiendo de la edad?

Se considera la osteoporosis como una enfermedad crónica que requiere un tratamiento crónico, pero ¿Qué información tenemos sobre la eficacia de los tratamientos prolongados?

Hemos tardado bastantes años en aprender que el tratamiento estrógénico sustitutivo en las mujeres post-climatéricas no es útil para prevenir las posteriores fracturas en las ancianas, y que tiene riesgos. ¿Qué información tenemos para recomendar en su lugar raloxifeno, bisfosfonatos o estroncio?

Las respuestas a estas preguntas nos dejan sin base para muchas de las decisiones que se toman habitualmente. Sin suficiente información se propugnó y utilizó el tratamiento estrogénico para la prevención de la osteoporosis en las mujeres menopáusicas jóvenes, y sin suficiente información se están utilizando los nuevos tratamientos, pero ahora, en muchas mas mujeres.

¿Existe una herramienta para valorar el riesgo de fractura?

A. López García-Franco

Que la densidad mineral ósea no traduce una enfermedad, sino que calibra el riesgo de padecerla (la fractura) es algo que no admite discusión. Además, dado el escaso valor de la densidad mineral ósea para predecir fracturas cuando su valor no se asocia a otros factores de riesgo, lo razonable es evitar su aplicación sistemática en población general. La decisión de realizar o no densitometría debe ligarse al hecho de que el resultado

de la misma nos ayude en la toma de decisiones sobre si instaurar o no un tratamiento farmacológico. La decisión de tratar o no a una paciente se debe tomar en función del riesgo absoluto de fractura en los siguientes años. La cuestión que se debate no es si es posible que la paciente presente una fractura osteoporótica, sino si es probable.

Epidemiológicamente, ¿qué aspectos definen a la población con riesgo de sufrir fracturas? Seguramente la edad es determinante, sobre todo si queremos hacer una medicina preventiva y no una medicina anticipatoria. A pesar de que un porcentaje de las niñas de nuestro país tendrán una fractura a lo largo de su aquilatada vida, no parece lo más adecuado que los pediatras instauren tratamientos para la osteoporosis. ¿Por economía? No, por eficiencia, por seguridad, y… por sentido común.

En este sentido parecería prudente que nuestra toma de decisiones se realizase en función del riesgo de tener un evento en los próximos 5 ó 10 años. ¿y si el riesgo es muy alto, independientemente de los valores de la densidad mineral ósea?. Lo razonable sería tratar a la mujer sin necesidad de determinar su densidad mineral ósea. ¿y si la densidad mineral ósea, en el supuesto de estar en rango osteoporótico, no modificara un riesgo de fractura ya de por sí muy bajo?. Obviamente, no tendría sentido realizar una densitometría que no va a modificar en absoluto la actitud terapéutica y tan sólo va a etiquetar falsamente de enferma a una persona que no lo es.

Nuestra propuesta es vincular la realización de la densitometría a un riesgo intermedio de fracturas. La densitometría puede ser decisoria a la hora de incrementar el riesgo de tal manera que justifique el tratamiento.

En relación con los factores de riesgo lo más razonable sería seleccionar aquellos que se han asociado de manera consistente con las fracturas (un riesgo relativo superior o igual a 2).

En Europa disponemos de información del riesgo de fractura a diez años dependiendo de la edad, para mujeres en Suecia1, y en Holanda2. Actualmente se dispone de un modelo matemático que permite calcular el gradiente de riesgo a partir de la combinación de factores de riesgo y según la edad con los datos del estudio Rotterdam, lo que permitiría, una vez definido el umbral de riesgo por encima del cual intervenir, seleccionar la población susceptible de cribado3.

Bibliografía

1. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Sernbo I, Redlund-Johnell I, Dawson A, et al. Long-term risk of osteoporotic fracture in Malmo. Osteoporos Int. 2000;11:669–74.
2. Van der Klift M, de Laet CD, Pols HA. Assessment of fracture risk: who should be treated for osteoporosis? Best Pract Res Clin Rheumatol. 2005;19:937-50.
3. De Laet C, Oden A, Johansson H, Johnell O, Jonsson B, Kanis JA. The impact of the use of multiple risk indicators for fracture on case-finding strategies: a mathematical approach. Osteoporos Int. 2005;16:313-8.

Seguridad y prevención de errores clínicos

Moderador:

F. Borrell i Carrió

Médico de familia. EAP Gavarra, Cornellà de Llobregat (Barcelona). Institut Català de la Salut. Profesor del Departamento de Ciencias Clínicas del Campus de Bellvitge. Facultad de Medicina, Universidad Barcelona. Coordinador del Grupo Comunicación y Salud de semFYC.

Ponentes:

F. Borrell i Carrió

Médico de familia. EAP Gavarra, Cornellà de Llobregat (Barcelona). Institut Català de la Salut. Profesor del Departamento de Ciencias Clínicas del Campus de Bellvitge. Facultad de Medicina, Universidad Barcelona. Coordinador del Grupo Comunicación y Salud de semFYC.

J. Bañeras Ametlla

Responsable del Área de Seguridad Clínica de la Fundación Avedis Donabedian.

J. Casajuana Brunet

Médico de Familia. Àmbit Atenció Primària Barcelona. Institut Català de la Salut.

Prevenir y afrontar el error. Reflexiones desde la comunicación y la ética

F. Borrell i Carrió

Bases para una ética de la Seguridad Clínica

Para Pablo Simón el principio hipocrático de "primum non nocere" articula la ética de la seguridad clínica. La prudencia sería el bien más preciado. En segundo lugar vendría el principio de justicia, "por cuanto el error y la falta de seguridad obligan a invertir recursos extra con un alto coste de oportunidad". Este principio nos obligaría a tomar medidas institucionales y organizativas, a nivel de empresa y de equipo.

Una vez producido el error "cobran protagonismo los principios de autonomía y beneficencia. El paciente tiene derecho, por una parte, a saber qué ha pasado y, por otra, a reclamar apoyo, ayuda y reparación del daño causado"[1]. Yo apuntaría que este derecho debe matizarse de manera utilitarista: sería contraproducente informar de errores que no han provocado daños, o informar de errores que posiblemente no han tenido un papel destacado en la evolución del paciente. Hemos podido constatar que muchos profesionales interpretaban como error propio lo que simplemente había sido una decisión discutible o un evento adverso no prevenible. También hemos constatado que un porcentaje de médicos son muy auto-críticos, hasta el punto de tomar por error lo que en realidad es el sesgo de coherencia retrospectiva. Todo ello nos hace ser muy cautos a la hora de recomendar sin más que "los errores deben ser comunicados siempre a los pacientes". Si esta recomendación se llevara a efecto, sin otras consideraciones como las que apuntamos, sumaríamos al presunto error una carga indudable de iatrogenia y erosión sobre la confianza médico-paciente.

¿Está la sociedad preparada para una cultura de la Seguridad Clínica?

Creo sinceramente que no. Parecería que la sociedad en general, y el periodista en particular, aplica dos asunciones completamente falsas, que configuran la *falacia del profesional omnipotente*[2]:

a) El profesional de la salud es una máquina casi perfecta que funciona a pleno rendimiento en todo momento y lugar. Además *le basta con tener la intención de causar el bien para que este bien efectivamente se produzca.*

b) La única manera de que el médico "todo poderoso" descienda del limbo y se tome en serio la seguridad clínica del paciente es sancionándole –a poder ser de manera pública- cuando se equivoca. Tal como apunta una víctima de un error clínico: "esta doctora no debería volver a ejercer la medicina nunca más"[3].

Hay tres fundamentos para una ética de la seguridad: un fundamento teleológico, es decir, desear el mayor bien para el paciente, deontológico, en el sentido de seguir unos principios y valores, y un fundamento

basado en la ética de la responsabilidad[1]. La ética de la responsabilidad dice que el ser humano debe justificar racionalmente sus fines y sus medios, pero sin establecer reglas tan absolutas que no quepan excepciones. En los tres casos se trata de hacer el mejor bien al paciente, o limitar el mal.

Los errores clínicos casi nunca son dolosos, sino fruto de un desliz, un olvido, una precipitación… Por ello, si el fundamento de toda ética es un ser humano que actúa con libertad, deberemos puntualizar que el profesional de la salud actúa en un medio de "racionalidad restringida". No elige entre hacer las cosas "bien o mal", sino que actúa conforme a hábitos adquiridos. Hablamos de racionalidad –y de libertad- restringida porque la presión asistencial pocas veces les permitirá preguntarse sobre la idoneidad de estos hábitos, ni de muchas decisiones que tienen automatizadas… en tal caso, ¿dónde situar la responsabilidad? *La responsabilidad debe buscarse en aquellas personas y momentos que disponen –y disponemos- de un espacio para la reflexión.* El gestor sanitario, el planificador, el responsable de Unidades Productivas, el profesional que presta la atención directa, *todos tienen el deber de procurarse momentos de reflexión*, momentos en los que preguntarse: "¿realizo mis tareas de manera idónea?". Por supuesto no podemos pedir "peras al olmo"… el Sistema Nacional de Salud, en cada momento histórico, dispone de unos recursos y conocimientos en función de los cuales deberá organizarse. Pero una ética del error clínico debería hacerse preguntas así: "¿en esta institución concreta se usan los recursos disponibles de la mejor manera posible para evitar acontecimientos adversos?, ¿podrían gestores y profesionales organizarse y actuar de manera más segura, *sin que ello represente un esfuerzo insostenible*?". Y de manera más personal nos preguntaría: "¿has adquirido hábitos de estudio?, ¿te mantienes actualizado?, ¿pones en práctica todo lo que sabes de "buena práctica clínica"?

Debemos dotarnos con nuevos conceptos que no deriven de un mero análisis legal del error clínico

La clasificación tradicional del error clínico, (a saber, imprudencia, impericia y negligencia), se adapta poco a la realidad del clínico. La mayoría de errores sentidos como tales por el clínico se deben a decisiones discutibles, y por consiguiente no deben ser considerados técnicamente errores, sino más bien eventos adversos no prevenibles. Por otro lado en muchos casos se producen errores en contextos donde el clínico hace todo lo posible para beneficiar al paciente, más si tenemos en cuenta el contexto de sanidad racionada en la que nos movemos.

Observe el lector que una ética de la seguridad clínica no pretende establecer responsabilidades de tipo jurídico-penales, y solo de manera secundaria tiene consecuencias deontológicas. Una demanda judicial solo toma cuerpo en presencia de daño demostrable, en cambio el juicio ético puede activarse en ausencia de daño aparente, porque el objetivo de una Ética de la Seguridad Clínica *es que cada profesional use su inteligencia para crear hábitos de trabajo seguros, y analice los riesgos inherentes a su actividad tratando de minimizarlos.* Hay en ello una dosis enorme de humildad: "¿qué estoy haciendo que se pueda hacer de manera más segura para el paciente?" Hay también una buena dosis de valentía: "¿Cuáles son los escenarios de error que pueden darse? En el caso del gestor sanitario: "¿Cuáles son las consecuencias no deseables de mis decisiones, que por mera probabilidad estadística tarde o temprano se producirán?

Hans Jonas, uno de los filósofos que fundamentó la ética de la responsabilidad, decía que el temor puede sernos de ayuda. Es lo que llama "*heurístico del temor*". Lejos de ser un ejercicio masoquista constituye un ejercicio ético de primer orden. Educa al profesional en la humildad, ("estoy a riesgo de equivocarme"), y le sitúa en escenarios de esfuerzo, (reprocesar hábitos, darles mayor complejidad, evitar lo que hemos llamado "fosilización de conducta"[4]). La ética, en el fondo, es una reflexión que nos hace más libres a costa de más esforzados.

Bibliografía

1. Simón Lorda P. Ética y seguridad de los pacientes Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Humanitas (nº 8), 2005. Pag. 145-60.
2. Borrell F. Ética de la seguridad clínica. Contribuciones desde la práctica clínica. Med Clin (Barc). 2007; 129.
3. La Voz de Asturias. Miércoles 28 Octubre 2006. Accesible Enero 2007 en: http://www.elperiodicodegijon.es/noticias/noticia.asp?pkid=303049
4. Borrell F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. Ed Semfyc, Barna 2004.

Seguridad clínica de los pacientes y prevención de errores

J. Bañeres Amella

La necesidad de mejorar la eficiencia y la efectividad en la práctica médica ha llevado a activar un movimiento por la mejora del Sistema de calidad. Cuando hablamos de la calidad lo hacemos desde la perspectiva de un concepto poliédrico, multidimensional. Solamente podemos concebir la calidad desde las diferentes dimensiones que la componen: efectividad, adecuación, competencia científico- técnica, accesibilidad, continuidad, eficiencia, satisfacción, seguridad... La seguridad, entendida como una asistencia sin riesgos de eventos no previstos, podríamos considerarla una dimensión básica para que un servicio pueda alcanzar un nivel de calidad óptimo. Por tanto, cuando hablamos de seguridad lo hacemos desde la perspectiva de un componente indispensable e indiscutible para la calidad.

La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituye el sistema moderno de prestación de servicios de salud puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran sucesos adversos.

Ya desde tiempos inmemoriales existía una preocupación muy importante por la seguridad, tal y como se refleja en el Código de Hammurabi, en la antigua Babilonia (siglo XX a.d. Cristo), o con Hipócrates, en el Juramento Hipocrático, en el siglo V a.d Cristo. Recordemos la famosa máxima "primum non nocere" o la presencia en dicho Juramento de la importancia de no dañar a los pacientes que tratamos.

En las décadas de los 50 y 60 del siglo XX, surgen algunos estudios sobre sucesos adversos a los que no se prestó mayor atención[1-3]. En los 90 se retoma con interés el tema y aparecen publicaciones relevantes sobre seguridad del paciente, tales como los resultados del Harvard Medical Practice Study de 1991[4,5] o las investigaciones en Australia (1995)[6]. Pero es en los últimos años cuando, a partir de una serie de estudios, las administraciones sanitarias se sensibilizan con el problema y comienzan a establecer políticas orientadas a su prevención. Encontramos tres publicaciones que han marcado el compromiso que algunas administraciones han adquirido en relación a la seguridad de los pacientes. Nos referimos al informe del Institute of Medicine (IOM) "To Err Is Human: Building a Safer Health System", elaborado en 1999[7]; "An Organization with a Memory" 2000, del Departamento de Salud Británico[8]; y al First National Report on Patient Safety 2001, del Australian Council for Safety and Quality in Health Care.

Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos importantes, no existe aun un cuadro completo de lo que podríamos denominar epidemiología de la seguridad y de los errores, y tampoco existe una nomenclatura estandarizada, existiendo grandes diferencias entre autores y países.

Algunas definiciones

Debido a la disparidad terminológica vale la pena introducir algunas definiciones que indicamos a continuación.

Seguridad: ausencia de lesiones por accidentes.

Accidente: evento que produce perjuicios en un determinado sistema impidiendo los resultados deseados.

Error: acción fallida que no se realiza tal como se planificó (error de ejecución). O la utilización de un plan equivocado para la consecución de un objetivo (error de planificación).

Evento adverso: lesión o daño que se produce como resultado de una intervención sanitaria y desencadena una discapacidad que puede medirse. No es debida a la condición subyacente del paciente

- Una sucesión de errores puede provocar un evento adverso.

Evento adverso prevenible evento adverso atribuible a un error.

Magnitud y causas del problema

En algunas ocasiones el sector sanitario se ha comparado con otros sectores en los que existen problemas de seguridad, por ejemplo el sector aeronáutico, los ferrocarriles o las centrales nucleares, afirmándose que en estos últimos el esfuerzo por la seguridad ha sido constante durante las últimas décadas y las mejoras muy sustanciales.

Una de las principales preguntas que nos planteamos es ¿con qué frecuencia aparecen los problemas de seguridad, es decir, los errores y los eventos adversos?

Los principales estudios sobre el alcance del problema plantean que se producen eventos adversos entre 2,9%[9] (Colorado y Utah) y 3,7% (Nue-

va York)[4,5] de los pacientes ingresados, siendo prevenibles entre el 53%[9] y el 58%[4,5],y en el 8,8% y el 13,6% de los mismos se produce la muerte. Si esto se extrapola a los 33,6 millones de ingresos en hospitales de EEUU (datos de 1997), y teniendo en cuenta las estimaciones más bajas, la mortalidad atribuible a eventos adversos prevenibles en este país sería al menos 44.000 fallecimientos anuales (según el estudio de Colorado y Utah sería de 98.000 exitus al año). Atendiendo a estas cifras estaríamos hablando de la 8ª causa de mortalidad en EEUU, por encima de los accidentes de tráfico, del cáncer de mama y del SIDA.

En los estudios de Harvard y de Australia, entre el 8-9% de los sucesos adversos ocurrieron en la consulta médica, el 2-3% en el domicilio del paciente y el 11-13% de los ingresos en UCIs de adultos.

Los sucesos adversos relacionados con la medicación son los más documentados. En un estudio de Johnson y Bootman[10] sobre el coste asociado a sucesos adversos por medicación se estimó que en los EEUU podría suponer 116 millones de visitas médicas añadidas; 76 millones de prescripciones adicionales, 17 millones de visitas a urgencias, 8 millones de ingresos hospitalarios, 3 millones de ingresos en cuidados de larga estancia y 199.000 muertes adicionales. El coste era similar al coste agregado del tratamiento y seguimiento de todos los pacientes diabéticos.

En el estudio publicado por Leape et al[5] las complicaciones debidas a medicamentos fueron igualmente el suceso adverso más frecuente, seguido de las infecciones de heridas y las complicaciones técnicas por uso de tecnología. Casi la mitad de los sucesos adversos se asociaban a una intervención quirúrgica. La proporción de sucesos adversos debidos a negligencia fue más alta en los casos de fallo en el diagnóstico y en los accidentes con tratamientos no invasivos y sucesos adversos ocurridos en urgencias. En el 58% de los sucesos adversos detectados hubo fallos en el manejo de los pacientes y de ellos, la mitad fueron atribuidos a negligencia.

El estudio de Brennan et al[4], muestra que la incidencia de sucesos adversos fue del 3,7%, y los debidos a negligencia fue del 1%. Analizando los sucesos adversos, el 27,6% de los mismos fueron debidos a negligencia. Ésta fue más frecuentemente observada en los casos en los que se produjeron sucesos adversos más graves. El 51,3% de los exitus por sucesos adversos fueron causados por negligencia.

Factores de riesgo

Existe unanimidad en considerar como factor determinante la complejidad del proceso, principalmente porque el número de procedimientos es más elevado, así como el número de medicamentos que habitualmente precisa. Así, se ha reseñado que casi la mitad de los sucesos adversos están relacionados con un procedimiento técnico o con una intervención quirúrgica.

Asimismo, se ha observado 5 que la edad más avanzada es otro factor de riesgo, principalmente por la comorbilidad que presentan estos pacientes. Otro factor reconocido es el lugar donde se presta la atención. La tasa más elevada de negligencias ocurre en las áreas de urgencias, y suelen ser errores en el diagnóstico o fallos en tratamientos no invasivos. Esto está condicionado otros factores, tales como la sobrecarga asistencial, el estrés y la fatiga, la falta de experiencia y de formación en cuidados urgentes y el tipo de pacientes (graves y complejos).

Bibliografía

1. Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy: the price we pay. JAMA. 1955;159:1452.
2. Moser R. Diseases of medical progress. N Engl J Med. 1956;255:606.
3. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. Ann Intern Med. 1964;60:100-10.
4. Brennan TA, Leape Ll, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adevrse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324:370-6.
5. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med. 1991;324:377-84.
6. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust. 1995;163:458-71.
7. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington D.C.: National Academy Press, 2000.
8. Great Britain Chief Medical Officer, Great Britain, Dept. of Health. An organisation with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. London: Department of Health: Stationery Office, 2000.
9. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care. 2000;38:261-71.
10. Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality and the economic impact on pharmaceutical care. Am J Health Syst Pharm. 1997;54:554-8.

Cultura y organización del EAP para una práctica clínica segura

J. Casajuana Brunet

"Tenemos derecho a equivocarnos, pero no a desentendernos de nuestro error, o de sus consecuencias". Esta frase de Jordi Gol, expresa en toda su dimensión la visión de una adecuada cultura de la seguridad, una cultura "positiva" del error como elemento consustancial en nuestra práctica pero que nos obliga a actuar para minimizar su presencia y sus efectos. Sin embargo, tanto la formación que recibimos los médicos como la visión que de la medicina tiene la sociedad, con una exigencia de trabajar con cero errores, con una "ignorancia" de los riesgos conocidos de la actividad médica, y con una actitud penalizadora del error, no resultan en modo alguno elementos facilitadores para afrontar el cambio cultural que, en relación a la seguridad de la práctica médica, es necesario abordar.

Las organizaciones de alta fiabilidad (aviación, instalaciones nucleares, etc.) tienen muchos paralelismos con la actividad clínica: trabajan con alta complejidad, a menudo con presión importante, mantienen la capacidad de reunirse especialmente en momentos de alta demanda (comunicación frecuente y sistematizada), y a pesar de ello tienen una mínima tasa de accidentes graves. El hecho que más las caracteriza es, quizá, la preocupación colectiva por los errores. Son conscientes de que se van a cometer errores y están preparados para reconocerlos, declararlos, analizarlos y actuar en consecuencia. Continuamente trabajan con escenarios de error (p. e. en los simuladores de los aviones). En lugar de esconder los errores los difunden ampliamente entre la organización como elemento de aprendizaje. No se trata de quien se ha equivocado, sino de por qué se ha producido el error. A menudo, en lugar de adoptar soluciones de ámbito local, se sistematizan y universalizan las soluciones.

Hacia una cultura de la seguridad

¿Cómo avanzar en nuestro entorno en ese concepto de seguridad-error? ¿Cómo introducir y operativizar la cultura de la seguridad, la "visión positiva" del error en los EAP? Se puede plantear una actuación en 3 pasos.

El primer paso: del "culpable" a "las causas", o la conceptualización del error como resultado de sistemas imperfectos

Implica ser consciente y consecuente con el hecho de que el error es consubstancial a la naturaleza humana. Nosotros no podemos cambiar la naturaleza humana, pero sí podemos cambiar las condiciones en que la persona trabaja. Podemos establecer barreras o defensas para evitar el error o para que cuando este se produzca no tenga consecuencias. Este es un concepto simple pero tiene una repercusión clara en la forma de entender los errores (no culpabilizadota) y en las estrategias para manejarlos. Si aplicamos estos planteamientos a los servicios médicos, queda claro que la provisión de unos servicios seguros y efectivos no puede quedar sólo en manos del conocimiento y experiencia del clínico (que como humano se equivocará), sino que es preciso diseñar procedimientos y sistemas, entornos de trabajo, que faciliten su actividad y eviten o minimicen los errores.

Para poder dar este primer paso es necesaria la formación específica en la conceptualización del error, en su notable frecuencia, en los tipos de errores más habituales..., conocer ésta realidad y saber interpretarla a partir de los elementos que la condicionan.

El segundo paso: mantenimiento/crecimiento de la cultura

Una vez se ha dado el primer paso en la introducción de la cultura de la seguridad debe realizarse una actividad para conseguir su mantenimiento y crecimiento. Para ello pueden realizarse una serie de actividades que impliquen "impactos" frecuentes y sistemáticos en ese sentido. Ello implica insistir en los elementos culturales y empezar a visualizar la utilidad (resultados) de esta forma de ver las cosas. Es importante para ello disponer de mecanismos de feed-back que permitan comprobar "de primera mano" la utilidad del cambio de cultura. Proponemos instaurar una dinámica de revisión de casos para detectar posibles deficiencias, desarrollo de sesiones específicas (clínicas o bibliográficas), boletines periódicos con información cuantitativa y cualitativa...

El tercer paso: de receptor a emisor, la implicación activa

El profesional, consciente de la importancia y utilidad de la cultura de la seguridad necesita, finalmente, pasar a la acción convertirse en elemento activo del sistema. Para ello debe disponer de la posibilidad de declarar

los errores que perciba, propios o ajenos, de forma confidencial. Se hace necesaria la existencia de mecanismos que permitan la declaración, el análisis y la difusión de la información obtenida, así como, en su caso, de los mecanismos preventivos adoptados.
Aunque la disponibilidad de este tipo de mecanismos de declaración puede ser efectiva ya desde el primer momento la normalidad de su utilización la consideramos como un paso avanzado que demuestra el nivel de implantación de la cultura de la seguridad.

Cultura de seguridad en el EAP: estudio Protects

¿Es factible y realmente eficaz poner en marcha todo esto en la práctica? Con la intención de dar respuesta a esta pregunta hemos puesto en marcha en 2007 el estudio Protects. Este estudio, financiado por la Alianza para la Seguridad de los Pacientes, auspiciada por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, tiene como objetivo comprobar la efectividad de una intervención múltiple para implantar la cultura de la seguridad en los Equipos de Atención Primaria.
Participan en él 21 EAP de la provincia de Barcelona, 11 en el grupo de intervención y 10 en el grupo control. Las intervenciones que se han propuesto en el grupo de intervención (para cubrir los 3 pasos comentados en el apartado anterior) son las siguientes:

- Actividad específica de formación inicial sobre cultura de la seguridad.
- Boletín periódico específico (mantenimiento de la formación y feedback).
- Sistema de Información: remisión sistemática mensual a los profesionales (médico y enfermera) de casos de sus propios pacientes para revisar si en el proceso se ha cometido algún tipo de error. Se han definido como casos "centinela" los nuevos diagnósticos de cáncer, infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares, úlceras por presión…
- Sistema confidencial de notificación de errores (vía web, e-mail o papel)
- Creación de un equipo/comisión de seguridad en el EAP responsable del desarrollo de actividades específicas (sesiones, feed-back de la información…)

Esta prevista la evaluación de los resultados de la intervención (evaluando de forma individual la mejora de la cultura de seguridad y la utilización del sistema de notificación de errores) un año después del inicio de las actividades.

Vino y Salud

Introducción a la Jornada. Objetivos y metodología

P. Arnillas Gómez

Vicepresidente del XXVII Congreso semFYC.

J. Panisello Royo

Jefa de Servicio del Hospital General de Igualada. Directora del Programa Nacional de Formación en Lípidos y Factores de Riesgo Cardiovascular. Medicina interna.

Conferencia de apertura. Vino y cultura

E. Fernández Marcos

Académico de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. Ex Jefe de servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Director de la bodega La Legua.

Mesa Redonda: Efectos saludables del vino: ¿pueden explicarse?, ¿hasta dónde alcanzan las evidencias?

Presidente: F. Leighton Puga

Director del PAM-Chile. Médico Cirujano. Profesor Titular, Facultad de Ciencias Biológicas y Facultad de Medicina, Jefe del Laboratorio de Nutrición Molecular, Facultad de Ciencias Biológicas, Director de Posgrado de la Facultad de Ciencias Biológicas, Pontificia Universidad Católica de Chile. Vicepresidente de la Comisión de Nutrición y Salud de la Organización Internacional de la Viña y el Vino (OIV), París.

Moderadores:

C. Alonso Raby

Catedrático de Medicina Interna. Director del Departamento de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Chile.

J. Panisello Royo

Jefa de Servicio del Hospital General de Igualada. Directora del Programa Nacional de Formación en Lípidos y Factores de Riesgo Cardiovascular. Medicina interna.

Ponentes:

R. Estruch Riba

Consultor senior del Hospital Clínic de Barcelona. Medicina interna. Profesor asociado de la facultad de medicina de la Universidad de Barcelona. Coordinador nacional de estudio PREDIMED. Investigador principal del estudio europeo "Vino y enfermedades cardiovasculares". Investigador del Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

F. Pérez Jiménez

Catedrático de Patología y Clínica Médicas en la Universidad de Córdoba. Jefe de Servicio y Director de la Unidad Clínica de Medicina Interna del Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Director de la Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Director del grupo reinvestigación "Nutrición y enfermedad".

A. Cuevas Marín

Médico especialista en Nutrición y Metabolismo del Centro de Nutrición, Clínica Las Condes, Santiago de Chile. Presidente del Grupo Chileno para el Estudio de la Aterosclerosis. Miembro del Comité Ejecutivo de la Sociedad Internacional de Aterosclerosis.

Alcohol, vino y sistema cardiovascular

J. Panisello Royo

Probablemente pocos temas habrán despertado tanta polémica como el de la relación entre el vino y la salud. Esto podría ser debido al hecho de que al tratar el tema se mezclan distintos aspectos: los del debate puramente científico en torno a los efectos del vino sobre nuestra salud con los aspectos más bien antropológicos, consistentes en la ligazón tan estrecha que existe entre la cultura del vino y nuestra civilización, tanto desde el punto de vista médico como religioso, social y económico. Esto resulta muy evidente en el Sur de Europa (en países como España, Francia e Italia), al ser la actividad vinícola una actividad de peso tanto en el sector primario como en el secundario.

Ciertamente, el consumo excesivo de alcohol es responsable del 6,8% de "la carga" de enfermedad en Europa Occidental. De hecho, en el año 2000 fue el responsable del 3% del total de fallecimientos en nuestro planeta, lo que significa que causó alrededor de 1.800.000 muertes. En nuestro país constituye la sustancia psicoactiva de mayor consumo, situación que, entre otras muchas consecuencias, comporta incrementos significativos en las tasas de siniestralidad doméstica, laboral y vial, así como en la incidencia de enfermedades, habiéndose descrito ya hasta más de 60 patologías asociadas. De hecho, el consumo persistente y excesivo de bebidas alcohólicas da lugar a un gran número de problemas médicos, entre los que deben destacarse los efectos del alcohol sobre el hígado, el páncreas, el sistema nervioso y el aparato locomotor, así como deterioros psicoorgánicos, trastornos psicóticos y otros trastornos asociados. En este contexto, en ningún caso debe considerarse al vino como la excepción que confirma la regla, pues el daño resultante no obedece a la naturaleza fermentada o destilada de la bebida, sino a la cantidad de alcohol que contiene, estribando el peligro real en la cantidad consumida. Así pues, no debe olvidarse lo siguiente: El vino es una bebida alcohólica, aunque sea reconocida como "alimento natural" por algunas leyes, al haber formado parte de nuestra "dieta mediterránea" desde tiempos inmemoriales, y aunque se le hayan atribuido virtudes vasculoprotectoras.

Desde una perspectiva histórica de la medicina, disponemos de textos antiguos que ya atribuían efectos beneficiosos al consumo moderado del vino. Es a principios del siglo XIX cuando, coincidiendo con la implementación del método científico, pasa a considerarse al vino como un tóxico, y no será hasta los últimos treinta años cuando el análisis de los resultados de algunos estudios epidemiológicos, planteará que su consumo moderado pudiera ser beneficioso para la salud. De hecho, estos estudios hallaron una asociación negativa entre el riesgo relativo de infarto de miocardio y el consumo moderado de bebidas alcohólicas, describiendo que las curvas que relacionan la incidencia de enfermedad cardiovascular y la mortalidad con el consumo de alcohol seguían una forma de "U" o de "J". En otras palabras: La mortalidad es menor en bebedores moderados que en los grandes bebedores (brazo derecho de la "U" o de la"J"), pero también es menor en consumidores moderados que en los abstemios (brazo izquierdo de la "U" o de la "J"). Si bien inicialmente se relacionó este presunto efecto protector antiaterógenico – efecto observado tanto en prevención primaria como en secundaria – con los cambios en el perfil lipídico y en la hemostasia (disminución de la agregación plaquetar acompañada de aumento de la fibrinolisis), posteriormente se postularon otros mecanismos, como serían la actividad antiinflamatoria, menores niveles de homocisteína, y una mejor función endotelial, mecanismos todos ellos atribuibles no a la acción directa del alcohol, sino a la de los polifenoles que presentan algunas bebidas alcohólicas.

El que el efecto beneficioso se constatara tanto en prevención primaria como en pacientes que habían presentado cardiopatía isquémica o un accidente cerebrovascular, es decir en prevención secundaria, llevó a que en la última década se extendiera entre los profesionales de la salud la creencia en el efecto vasculoprotector del consumo moderado de bebidas alcohólicas, quedando por dilucidar si dicha protección sería debida al componente alcohólico, a los polifenoles presentes en algunas bebidas alcohólicas o a ambos. Dicho de otra manera: Se extendió la creencia de que el consumo moderado de bebidas alcohólicas prestaría una protección frente a la arteriosclerosis, quedando por aclarar si habría una mayor protección cuando éste se ingiriera en forma de vino, cava y cerveza o en forma de bebidas de graduación, es decir de destilados, tradicionalmente agrupadas bajo la denominación de licores.

El conflicto de intereses estaba servido. Todos estos resultados revolucionaron a la comunidad científica y el uso que se hizo a veces de ellos, alertó a muchos médicos y a las autoridades sanitarias, temerosos de que este tipo de información condujera a un aumento en el consumo de bebidas alcohólicas y como consecuencia a un aumento en las tasas de alcoholismo. Las voces que exigían prudencia no se hicieron esperar, esgrimiendo, entre otras razones, el argumento, sin duda cierto, de la dificultad en la interpretación de los datos de los estudios epidemiológicos que introducen los denominados factores de confusión. Dicho de otro modo: Se referían a la dificultad en diferenciar los efectos producidos por el consumo de un determinado tipo de bebida con las características sociológicas que pudieran presentar sus consumidores tipo, es decir sus hábitos de vida. Otro factor de confusión sería el de los propios patrones de consumo asociados a cada grupo de bebidas, es decir a las bebidas destiladas y a las no destiladas, pues mientras que en el caso de las segundas el consumo suele producirse en el contexto de la ingesta (comida, cena, etc.), en las primeras suele realizarse independientemente de las comidas. Y por último otro factor muy importante a tener en cuenta sería el de que el término *"consumo moderado"* es un término muy equívoco; por moderado que sea, para algunas personas vulnerables cualquier nivel de alcohol es nocivo, es decir no hay un nivel seguro y universal de consumo de alcohol.

Así pues nos encontramos con la siguiente situación: Las sociedades científicas, así como la propia sociedad, responsabilizan, con razón, al consumo excesivo de alcohol de un gran número de problemas médicos, sociales y laborales; pero por otra parte hablan de efectos beneficiosos para la salud cuando se trata de un consumo moderado de bebidas alcohólicas, en general, y del vino, en particular. Todo ello ha creado gran confusión, confusión entre los propios profesionales y confusión que alcanza al público en general, el cual recibe con frecuencia informaciones contradictorias sobre la bondad o falta de ella del consumo de las bebidas alcohólicas en general y del vino en particular. Para que podamos hacernos una idea de hasta qué punto ha existido y existe esta confusión, diremos que en la Unión Europea se plantearon dos visiones muy distintas: Considerar al vino, consumido en la población adulta y en dosis moderadas, como un alimento propio de la dieta mediterránea o considerarlo un tóxico, cuyo consumo debía combatirse.

La complejidad del tema no nace solo de este "doble efecto" que pueda tener sobre la salud, beneficioso o perjudicial en función de la cantidad ingerida y de la susceptibilidad de la persona que lo consuma, sino también del hecho de que podamos tratar este tema como profesionales de la sanidad desde múltiples puntos de vista, puntos de vista que conllevan juicios y por tanto aseveraciones que pudieran parecer contradictorias. Así pues, cuando abordemos este tema, el tener en cuenta determinados aspectos, el enfoque, el contexto en que estemos hablando en un momento dado, y por lo tanto también a qué público nos dirigimos y con qué finalidad, será un elemento referencial obligado en todo momento. No será lo mismo hablar desde el punto de vista puramente científico en relación al grado de evidencia que puedan aportar los numerosos estudios que indican que el consumo moderado de bebidas alcohólicas en general, y de vino o cerveza en particular, podría tener efectos beneficiosos (protectores) sobre la salud, que hacerlo como médico que ante un paciente determinado debe individualizar su consejo higiénico-dietético (es decir el balance de beneficios y riesgos del consumo de bebidas alcohólicas siempre debe ser individualizado), como médico cuando se esté interviniendo en la comunidad, a fin de definir el papel de ésta en la prevención de la salud, o al hablar del tema desde el punto de vista de la administración como garante de la salud pública de la población y del cumplimiento de la legislación europea vigente, legislación que dictamina el que no se pueda realizar, a partir del pasado 1 de julio, ninguna alegación de propiedades saludables para ninguna bebida con un contenido alcohólico superior al 1,2% (tabla 1)

Ateniéndonos a lo expresado hasta el momento, nos gustaría que este monográfico sirviera para profundizar en algunos de los aspectos citados, basándonos en la evidencia científica, y para estimular el debate, un debate a partir del cual elaborar un decálogo de actuación en lo que daríamos en llamar la práctica clínica diaria, y fundamentalmente en lo que se refiere al consejo médico. Para incitaros a ello, paso a proponeros, en las tablas 2, 3 y 4, tres distintas versiones del mío propio.

TABLA 1 **Distintos aspectos desde donde contemplar el debate alrededor del vino y la salud**

1.	El del debate científico en relación al grado de evidencia que puedan aportar los numerosos estudios que indican que el consumo moderado de bebidas alcohólicas en general, y de vino o cerveza en particular, podría tener efectos beneficiosos (protectores) sobre la salud. En este sentido, parece que las bebidas alcohólicas tengan un doble efecto sobre la salud, beneficioso o perjudicial, en función de la cantidad ingerida y de la susceptibilidad de la persona que las consuman.
2.	El del médico que en su práctica clínica y ante un paciente determinado tiene que dar un consejo higiénico dietético individualizado.
3.	El del médico que ejerce sus funciones en el campo de la prevención en la comunidad.
4.	El de la salud pública.
5.	El del legislador que deberá atenerse a los mandatos legales de la Unión Europea y tener en cuenta las recomendaciones de salud pública.

TABLA 2 **Decálogo de buena práctica alrededor del consumo del vino**

1.	El consumo cero es el único permisible en las poblaciones infantojuvenil hasta bien entrada la edad adulta, es decir alcohol y adolescencia permisividad cero. Las costumbres populares de algunas comarcas de nuestro país, o las celebraciones populares NUNCA deben servir de excusa para hacer una excepción.
2.	El consumo cero es el único permisible en embarazadas o mujeres que desean estarlo.
3.	Si bebe, no conduzca. Si debe conducir, no beba.
4.	Si debe utilizar maquinarias en su trabajo o hacerlo a elevada altura, no beba.
5.	No beba antes de practicar deporte
6.	Beber cantidades importantes aunque sea muy de vez en cuando, puede conducir a problemas de salud. No lo haga.
7.	Si toma medicación, consulte a su médico sobre la conveniencia de cesar en el consumo de bebidas alcohólicas.
8.	La publicidad debe seguir la legislación Europea vigente desde el 1 de Julio del 2007, que la limita.
9.	En actividades poblacionales no deben propagarse los hipotéticos beneficios cardiovasculares del consumo de bebidas alcohólicas, por el efecto deletéreo que pudieran tener.
10.	Ante un paciente en concreto adulto, a excepción de las poblaciones detalladas en el primer punto, debemos: *a)* Indagar y cuantificar el consumo de bebidas alcohólicas, para despistaje del alcoholismo. *b)* Si el paciente tiene un consumo leve moderado (< 30 gramos diarios en los hombres y 20 en las mujeres) y no presenta enfermedades que lo contraindiquen, mantendremos su consumo, aconsejándole que sea en el contexto de las comidas y que no lo aumente *c)* Si está ligeramente aumentado, le indicaremos que lo reduzca. d) Si es abstemio, nunca le indicaremos que inicie el consumo en aras de una presunta cardioprotección.

TABLA 3 **Decálogo de buena práctica alrededor del consumo del vino**

1.	Ni el consumo ni la abstinencia deben recomendarse de forma generalizada.
2.	El consumo cero es el único permisible en la población infanto-juvenil, hasta bien entrada la edad adulta. Las costumbres populares de algunas comarcas de nuestro país o las celebraciones populares NUNCA deben servir de excusa para hacer una excepción.
3.	Nunca debemos propiciar la identificación del consumo de vino con un rito iniciático a la pubertad o juventud.
4.	El consumo cero es el único permisible en embarazadas o mujeres que desean estarlo.
5.	La publicidad debe seguir la legislación Europea vigente desde el 1 de julio del 2007, que la limita.
6.	En actividades comunitarias no deben propagarse los hipotéticos beneficios cardiovasculares del consumo de bebidas alcohólicas, por el efecto deletéreo que pudieran tener.
7.	La ingesta aguda de alcohol, embriaguez, es perjudicial para la salud, siendo un grave problema de salud, en contra de lo que se percibe socialmente, pudiendo conducir a la muerte.
8.	Algunas formas, como el atracón de alcohol (binge drinking), pueden llevar a facilitar actividades de riesgo facilitando las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados, además se acompaña frecuentemente de alteraciones del orden público y reacciones violentas
9.	El consejo debe ser individualizo, prudente, teniendo en cuenta las evidencias científicas, el conocimiento que tenemos de nuestro paciente, sus circunstancias, así como su entorno y el sentido común. Ante un paciente debemos: *a)* Indagar y cuantificar el consumo de bebidas alcohólicas, para despistaje del alcoholismo. *b)* Si el paciente tiene un consumo leve moderado (< 30 gramos diarios en los hombres y 20 en las mujeres) y no presenta enfermedades que lo contraindiquen, se le puede recomendar que mantenga su consumo habitual, aconsejándole que no lo aumente y que no lo consuma antes de la conducción o de actividades de riesgo. *c)* Si el consumo moderado se hace con agrado o es ligeramente más elevado de lo permisible, le indicaremos que lo reduzca: "*Cuanto menos alcohol, mejor.*" *d)* Si es abstemio, nunca le incitaremos al inicio del consumo con el argumento de una presunta cardioprotección.
10.	Por último no debemos olvidar que el consumo moderado de vino puede ser cardiosaludable, pero de ninguna manera es un instrumento de prevención.

Bibliografía

Beulens JW, Rimm EB, Ascherio A, Spiegelman D, Hendriks HF, Mukamal KJ. Alcohol consumption and risk for coronary heart disease among men with hypertension. Ann Intern Med.2007;146:10-9.

Di Castelnuovo A, Costanzo S, Bagnardi V, Donati MB, Iacoviello L, de Gaetano G. Alcohol dosing and total mortality in men and women. Arch Intern Med. 2006;166:2437-45.

Donaldson IM. Bon sante: is wine good for your health? Intern Med J. 2004;34:221-3.

Ellison RC. Importance of pattern of alcohol consumption. Circulation. 2005;112:3818-9.

Estruch R, Sacamella E. Alcohol ¿tónico o tóxico cardiovascular? Clin Invest Arteriosclerosis. 2005;17:183-95.

Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, Ruiz-Gutiérrez V, Covas MI, Fiol M, Gómez-Gracia E, López-Sabater MC, Vinyoles, Arós F, Conde M, Lahoz C, Lapetra J, Guillermo E, Ros E for the PREDIMED Study Investigators. Effects of a Mediterranean-Style Diet on Cardiovascular Risk Factors: A Randomized Trial. Ann Intern Med. 2006;145:1-11.

Gore JM. Moderate Drinking and CVD Outcomes in Hypertensive Men Journal Watch Cardiology. 2007; 2007(102):1-1.

Lamuela-Raventos RM, Andrés-Lacueva C. Wine in mediterranean diet. Archivos LatinoAmericanos de Nutrición. 2004;54:79-82.

TABLA 4 **Decálogo de buena práctica alrededor del consumo del vino**

1.	El consumo cero es el único permisible en la población infanto-juvenil, hasta bien entrada la edad adulta, así como en embarazadas o mujeres que deseen estarlo o que estén amamantando.
2.	La publicidad debe seguir la legislación Europea vigente desde el 1 de julio del 2007, que la limita.
3.	El alcohol, y por tanto el vino, nunca debe considerarse un instrumento de prevención cardiovascular y, mucho menos, un tratamiento.
4.	No hay un nivel seguro y universal de consumo de alcohol.
5.	Aunque la mayor parte de las enfermedades atribuibles alcohol se deben al consumo elevado del mismo, el consumo moderado de alcohol puede ser en algunos casos nocivo para la salud.
6.	El consumo moderado no siempre es un consumo seguro, pues para muchos problemas de salud el único consumo seguro es el consumo cero. Tal vez debería hablarse de consumo de "menor riesgo" en lugar de "consumo moderado".
7.	Cualquier consumo de alcohol se relaciona con un mayor riesgo de accidente de tráfico (aunque no supere la alcoholemia legalmente permitida)
8.	Ni el vino ni ninguna otra bebida fermentada aporta ningún nutriente esencial para el organismo.
9.	El aporte de antioxidantes que supone la ingesta de vino puede conseguirse con el consumo variado de frutas, entre las que destacaremos la uva, preferentemente siguiendo el calendario estacional
10.	Una comida saludable no requiere del consumo de vino, cerveza u otra bebida fermentada. Una comida saludable requiere ajustar la ingesta calórica al consumo requerido, aportando la proporción equilibrada de los distintos macronutrientes y la cantidad de los micronutrientes necesarios.

Lamuela-Raventos RM, Andrés-Lacueva C, Estruch R. Vino y Salud. Jano. 2006; 1617:39-43.

Mukamal KJ, Jensen MK, Groenbaek M, Stampfer MJ, Manson JE, Pischon T, Rimm EB. Drinking frequency, mediating biomarkers, and risk of myocardial infarction in women and men. Circulation. 2005;112:1406-13.

Nicolas JM, Fernández-Solá J, Estruch R, Paré JC, Sacanella E, Urbano-Márquez A, et al. The role of controlled drinking in the management of alcoholic cardiomyopathy. Ann Intern Med. 2002;136:192-200.

Paunio M. Heinonen OP, Virtamo J, Klag MJ, Manninen V, Albanes D, Comstock GV. HDL cholesterol and mortality in Finnish men with special reference to alcohol intake. Circulation. 1994;90:2909–18.

Pergrin T. Wine. A drink to your heart. Am Diet Assoc. 2005;105:1053-4.

Schröder H, Ferrández O, Jimenez Conde J, Sánchez-Font A, Marrugat J. Cardiovascular risk profile and type of alcohol beverage consumption: a population-based study. Ann Nutr Metab. 2005;49:100-6.

Thiebaut A, Freedman LS , Carroll RJ, and Kipnis V. Is It Necessary to Correct for Measurement Error in Nutritional Epidemiology? Ann Intern Med. 2007;146:65-7.

Wilson JF.Should Doctors Prescribe Alcohol to Adults? Ann Intern Med. 2003;139:711-4.

Vino y salud

C. Alonso Raby

"Cuando salio Noé del arca, comenzó a cultivar la tierra, más bebiendo del vino se embriagó." (Génesis)}

La referencia bíblica al origen del vino y a sus efectos psíquicos es tan antigua como la humanidad[1].

En diferentes civilizaciones, el hombre ha sabido que la simple y natural fermentación de una gran variedad de frutas, cereales y otros vegetales que contienen azúcar o almidón, como la uva, la manzana, la caña de azúcar, la cebada, el maíz, el arroz, etc. producía un líquido de buen sabor, cuya ingesta determinaba en el bebedor, efectos psíquicos de agrado que favorecían su sociabilidad, lo que ha generado una costumbre aceptada hasta nuestros días en la mayor parte de los países, aun cuando desde antiguo se sabía, además, que el descontrol con un consumo excesivo era dañino para las personas y la sociedad.

Es el alcohol etílico o etanol, contenido en las bebidas obtenidas por la fermentación de los productos vegetales mencionados, el responsable de los principales efectos, tanto de agrado como perjudiciales, relacionados con su consumo agudo, excesivo y repetitivo en el tiempo. La importancia de estos últimos en la producción de una variada patología médica y social, que afecta a jóvenes y adultos, sin distinciones de países, razas, sexo, credos ni situaciones sociales, ha hecho que las autoridades de salud lo consideren el enemigo público numero uno. Lo anterior se agrava con la destilación de los productos de fermentación que lleva a las bebidas alcohólicas a concentraciones crecientes en el contenido alcohólico[2-7].

Ha correspondido a la medicina relacionar los consumos excesivos de bebidas alcohólicas con una serie de enfermedades y problemas psicosociales que menoscaban la salud y el comportamiento de los bebedores. Por otro lado, le ha correspondido a las autoridades, especialmente policiales y judiciales, la relación de los consumos de las bebidas alcohólicas en exceso, con graves y peligrosos comportamientos de los bebedores en la sociedad, especialmente en relación con los accidentes del tránsito, agresiones y muertes violentas, como homicidios y suicidios, todo lo cual le ha dado a los consumos de bebidas alcohólicas una trascendencia histórica y social negativa, que ameritan las campañas de educación y los controles legales pertinentes. Lo anterior está plenamente vigente y debe tenerse en cuenta siempre, no olvidando que las bebidas alcohólicas, por su contenido en etanol, pueden ser dañinas para la salud del consumidor y para el comportamiento social del mismo, especialmente cuando su consumo excede un impreciso límite, tanto en la forma aguda, como en la repetitiva en el tiempo, que es variable en cada persona, pese a los esfuerzos, sin evidencias científicas, por fijarlos entre dos o tres unidades diarias. Pese a ello y a los estragos médicos, sociales y económicos, que el abuso del consumo de bebidas alcohólicas produce en la sociedad, no hay una clara conciencia del problema en la población y en muchas autoridades no médicas, en virtud de lo cual, muchos casos de abusos agudos y crónicos, no son detectados ni diagnosticados oportunamente, ni menos tratados, incluso en círculos cultos de la sociedad. Favorece lo anterior la dificultad para diferenciar lo que puede considerarse un consumo normal de bebidas alcohólicas, costumbre socialmente aceptada, del consumo en exceso agudo, crónico o repetitivo en el tiempo, con los problemas dañinos y negativos que afectan al consumidor, su familia y su entorno.

El uso más antiguo y trascendente que el hombre le ha dado al alcohol etílico, es su consumo a través de las bebidas alcohólicas que varían de acuerdo a diferentes orígenes, procedimientos de obtención y costumbres de cada lugar, época y grupo humano lo que ha motivado que la mayor parte de los trabajos científicos publicados hasta la fecha se hayan centrado en sus efectos personales y sociales.

El alcohol etílico contenido en las bebidas alcohólicas no debe confundirse con otros alcoholes, como el metílico, que tienen un origen distinto, especialmente de las maderas, tienen un uso industrial diverso y son altamente tóxicos para el organismo humano. El hecho de compartir el mismo nombre puede inducir a su consumo por personas ignorantes, psíquicamente alteradas o drogadictas, con graves consecuencias para la salud[8]

De las bebidas alcohólicas, es sin duda el vino de la uva, el más antiguo, con una concentración de alcohol habitual entre 12 y 15%. De la cebada se ha logrado la cerveza, bebida ampliamente en el antiguo Egipto, con un contenido de alcohol entre 2 y 6%, el whisky, con una cifra mayor entre 40 y 50%, existiendo otras bebidas con porcentajes variables de alcohol, según sea su procedencia y las costumbres de preparación y consumo de los diferentes pueblos.

Las bebidas alcohólicas tienen otros ingredientes que les dan el sabor, color, conservación, bouquet, etc, tales como esencias, aldehídos, ácidos y éteres entre otros que a veces pueden producir intolerancias.

Para comprender adecuadamente los efectos del consumo del alcohol etílico de las bebidas alcohólicas en los bebedores, debe recordarse que el etanol afecta fundamentalmente al sistema nervioso, actuando como un depresor general, o que determina una sedación síquica y de agrado, que incita a nuevos consumos o a un uso repetitivo, junto con la inhibición progresiva de los mecanismo superiores de control. Además, afecta las áreas motoras y de coordinación, con un descontrol creciente del comportamiento, que depende de la constitución básica instintiva.

Los efectos del alcohol en el sistema nervioso se evidencian en las etapas agudas por los clásicos síntomas y signos del ebrio, cuyo desorden en el

comportamiento social es imprevisto y puede ser dañino para él y para otros. En los consumos crónicos o repetitivos los daños progresivos afectan las funciones de los parénquimas nerviosos, con las consecuencias clínicas y sicológicas respectivas.
No hay que olvidar, además, que el alcohol daña otros sistemas del organismo del bebedor, especialmente el digestivo con enfermedades agudas y crónicas, entre estas últimas, algunas tan importantes como la Cirrosis Hepática[7].
Son estos efectos dañinos, agudos y crónicos, del alcohol contenido en las bebidas alcohólicas, consumidas en exceso, los que no deben olvidarse y deben estar siempre presente al encarar el consumo de bebidas alcohólica en las personas y en la sociedad.
De allí que haya impactado la presentación hecha a comienzo de la década de los 90[9] en la que se proponía la teoría que la menor mortalidad cardiovascular de los franceses, un tercio de la observada en los Estados Unidos de Norteamérica, se debía a un consumo diario moderado de vino tinto y no por diferencias atribuibles al nivel de colesterol sanguíneo; hecho conocido como la paradoja francesa y que no había sido debidamente destacado en los ambientes científicos y sociales , a pesar de estudios europeos al respecto.
Esta revelación desencadenó en todo el mundo un gran interés científico por confirmar el papel beneficioso del vino tinto, como protector cardiovascular, en un consumo regular y moderado[10] que ha sido seguido por otros estudios que han pretendido relacionar lo anterior al alcohol que comparten otros tipo de vinos como el blanco, así como con otras bebidas alcohólicas diferentes como la cerveza, el whisky, etc. lo que hasta la fecha no ha recibido una evidencia confirmatoria, peso a los importantes intereses no médicos involucrados[11,12].
Posteriormente, se han relacionado los efectos protectores del vino tinto, no a su contenido alcohólico, sino a unos constituyentes minoritarios que son los polifenoles, potentes antioxidantes[13,14]. Recientemente, un grupo de científicos de la Universidad de Glasgow en Escocia determinó la concentración de flavonoles, especialmente la miricetina y la quercetina, en 46 vinos tinto de 12 países distintos. La concentración varió entre los 4,6 a 41,6 mg/lt, siendo los vinos chilenos los que tenían mayores concentraciones de flavonoles, con valores superiores al 40 mg/lt en algunos Cabernet Sauvigon y Merlot, lo que ha generado investigaciones especiales cuyas conclusiones no se han difundido adecuadamente hasta la fecha.
El efecto antioxidante del vino tinto, guarda relación con componentes presentes especialmente en el hollejo y las pepas de la uva usada, existiendo diferencias en la fabricación y obtención que no son similares a los usados con la uva blanca y otras bebidas alcohólicas como la cerveza, el whisky, etc. De allí que este efecto beneficioso antioxidante se concentre en el vino tinto y no en el alcohol de otras bebidas, como tradicionalmente se aceptaba, lo que constituye un gran aporte y novedad en relación a este tema. Al relacionar los efectos antioxidantes del vino tinto con su contenido en flavonoides y no en el alcohol que contiene, se ha abierto un amplio campo de investigación iniciado en 1950 por la científica argentina Rebeca Gerschman, al describir la potencialidad dañina de los radicales libres, el llamado daño oxidativo, y su relación con determinadas enfermedades crónicas, así como con el aporte beneficioso de los antioxidantes internos y externos en su control, incluyendo entre estos últimos al vino tinto, junto con las frutas y las verduras, características de la dieta mediterránea.
Diversos trabajos ha demostrado posteriormente el efecto protector del vino sobre la oxidación de las LDL, produciendo su consumo agudo, un aumento de la capacidad antioxidante del plasma. Se ha sugerido la existencia de una protección del vino tinto en la función endotelial, la que se relaciona con diversos factores de riesgos cardiovasculares. Al respecto se debe recordar que la disfunción endotelial sería el evento primordial en la cadena de fenómenos que lleva a la formación de la placa de ateroma. Así, se ha demostrado que el consumo regular y moderado de vino tinto, disminuye el colesterol LDL y que los efectos antioxidantes y antiinflamatorios del vino tinto ocasionarían un efecto inhibidor en las primeras fases de la ateroesclerosis[15]. Además, el vino tinto podría contrarrestar los efectos dañinos del tabaco en los vasos sanguíneos[16].
Por otra parte, se ha descrito en un modelo animal, que el consumo moderado de vino podría prevenir la formación de péptidos amiloides lo que podría ayudar a prevenir el desarrollo de Enfermedad de Alzheimer[17].
Además, se han publicado trabajos que el consumo de vino tinto en forma moderada, podría reducir estadísticamente el riesgo de Cáncer Ovárico por mecanismos no bien precisados[18].
Estudios holandeses de la Universidad de Wageningen, publicados recientemente en la prensa, han propuesto que el consumo de una copa diaria de vino tinto, aumentaría hasta 4 años la vida de los hombres consumidores.
Todos estos antecedentes apoyan la idea que el vino tinto, aparte de los efectos de agrado y de socialización que su consumo moderado produce por el alcohol que posee, aporta un valor agregado, que es favorable para la salud, especialmente cardiovascular, prolongando la vida, especialmente en grupos seleccionados de persona de mayor edad sin desconocer que su consumo por sobre imprecisos límites, puede producir efectos dañinos para la salud y el comportamiento social, en su consumo agudo y repetitivo en el tiempo .como ya se ha mencionado.
Especialistas nacionales y extranjeros reunidos en Santiago de Chile han propiciado un consenso sobre el efecto beneficioso del consumo de vino tinto en torno a un ingestión segura de no más de dos vasos diarios en forma regular, especialmente con las comidas, hábito aprendido en familia, reconociendo que existen personas que no deben consumir bebidas alcohólicas, como las embarazadas, los bebedores problemas y las que tienen enfermedades relacionadas con el etanol, como la Cirrosis Hepática. Este consumo debería ser menor en las mujeres. Este consenso se obtuvo como parte del Proyecto Ciencia, Vino y Salud de mayo de 1997, incluido en el Programa Bases Moleculares de las Enfermedades Crónicas, abriendo con ello una nueva etapa de desarrollo, que concita el interés científico, en un tema centrado tradicionalmente en el alcohol y sus canales clásicos en la química biológica.
Estos nuevos conocimientos sobre las propiedades beneficiosas del vino tinto en la salud de los consumidores, basadas fundamentalmente en estudios estadísticos, ameritan una mayor prueba científica con evidencias aun no demostradas, teniendo presente que aunque pueden ser válidas y beneficiosas, podrían ser mal interpretadas en la sociedad. y producir un descontrol en los consumos, especialmente en personas jóvenes , debiendo recordarse que el límite entre los consumos considerados normales, en relación con los dañinos, es impreciso y variable entre diferentes consumidores.
El desafío es, por consiguiente, valorar en las personas y en la sociedad los pro y contra del consumo de vino tinto, considerando los factores protectores cardiovasculares recientemente descubiertos y los clásicos efectos negativos y dañinos en los consumos excesivos, en lo que aun no se ha dicho la última palabra, evitando recomendar los consumos de bebidas alcohólicas como una medida preventiva general.
En resumen, es útil y necesario destacar las siguientes ideas:
1. El consumo en exceso de bebidas alcohólicas, sigue siendo dañino para los consumidores y la sociedad, por el efecto del alcohol que contienen, lo que es evidente en países como Chile, con un alto y antiguo consumo, que a pesar de haber bajado de 59 a l6 litros anuales por persona sigue marcado por los efectos negativos.
2. La paradoja francesa, aunque pueda ser estadísticamente válida en sus efectos protectores cardiovasculares, está inserta en los beneficios de la dieta mediterránea y no disminuye los efectos negativos del párrafo anterior.
3. El límite entre los efectos favorables y los dañinos del consumo de bebidas alcohólicas es impreciso y depende de factores personales y sociales diferentes a los de la cultura francesa.
4. Los efectos beneficiosos de protección cardiovascular publicados por diversos autores, no disminuyen los factores negativos de los consumos excesivos que siguen siendo dañinos y trascendentes para los consumidores y la sociedad.

Bibliografía

1. La Sagrada Biblia. Edición Barsa, 1969, GÉNESIS, 9,21.
2. Leon D, Saburova L, Tomkins S, et al. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study. Lancet. 2007;369:2001-9.
3. Mukamal K,Chung H, Jenny N, et al. Alcohol use and risk of ischemic stroke among older adults: the cardiovascular health study. Stroke. 2005;36:1830-4.
4. Stranges S, Notaro J, Freudenheim J et al. Alcohol drinking pattern and subjective health in a population-based study. Addiction. 2006;101:1265-76
5. Norström T, Ramstedt M. Mortality and population drinking: a review of the literature. Drug Alcohol Rev. 2005;24:537-47.
6. Andreasson S, HolderH, Norström T, Osterberg E, Rossow I. Estimates of harm associated with changes in Swedish alcohol policy: results from past and present estimates. Addiction. 2006;10:1096-105.
7. Ponicki W, Gruenewald P. The impact of alcohol taxation on liver cirrhosis mortality. J Stud Alcohol. 2006;67:934-8.
8. Hovda K, Hunderi O, Tafjord A, Dunlop O, Rudberg N, Jacobsen D. Methanol outbreak in Norway 2002-2004: epidemiology, clinical features and prognostic signs. J Intern Med. 2005;258:181-90.

9. Renaud S, de Lorgeril M. Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease. Lancet. 1992;339:1523-6.
10. Rimm EB, Giovannucci E, Willet W, et al. Prospective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men. Lancet. 1991;338:464-8.
11. Keil U, Chambless L, Döring A, Filipiak B, Stieber J. The relation of alcohol intake to coronary heart disease and all-cause mortality in a beer-drinking population. Epidemioogy. 1997;8:150-6.
12. Wannamethee S, Shaper A. Type of alcoholic drink and risk of major coronary heart disease events and all-cause mortality. Am J Public Health. 1999;89:685-90.
13. calbert A, Johnson I, Saltmarsh M. Polyphenols: antioxidants and beyond. Am J Clin Nutr. 2005;81(1 Suppl):215S-7S.
14. Perez-Vizcaino F, Duarte J, Andriantsitohaina R. Endothelial function and cardiovascular disease: effects of quercetin and wine polyphenols. Free Radic Res. 2006;40:1054-65.
15. Estruch R, Sacanella E, Badia E, et al. Different effects of red wine and gin consumption on inflammatory biomarkers of atherosclerosis: a prospective randomized crossover trial. Effects of wine on inflammatory markers. Atherosclerosis. 2004;175:117-23.
16. Papamichael C, Karatzsis E, Karatzi K et al. Red wine's antioxidants counteract acute endothelial dysfunction caused by cigarette smoking in healthy nonsmokers. Am Heart J. 2004;147:E5.
17. Wang J, Ho L, Zhao Z et al. Moderate consumption of Cabernet Sauvignon attenuates Abeta neuropathology in a mouse model of Alzheimer's disease. FASEB. 2006;20:2313-20.
18. Webb P, Purdie D, Bain C, Green A. Alcohol, wine, and risk of epithelial ovarian cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2004;13:592-9.

Vino, alcohol y sistema cardiovascular: un papel ambivalente

R. Estruch Riba

Desde hace años, la sociedad responsabiliza al consumo excesivo de alcohol de un gran número de problemas médicos, sociales y laborales, pero, por otra parte, atribuye efectos beneficiosos para la salud cuando se trata de un consumo moderado de bebidas alcohólicas, en general, y del vino, en particular. El interés de la medicina moderna por este hecho se inició hace unos 30 años tras el análisis de los resultados de varios estudios epidemiológicos en los que se constató que el consumo moderado de alcohol podría ser beneficioso al reducir la mortalidad global y, especialmente, la mortalidad cardiovascular. En estos años, los investigadores han tratado de aplicar el método científico para comprobar si realmente el consumo moderado de vino o alcohol es beneficioso para la salud, y, una vez, convencidos de ello, explicar los mecanismos a través de los cuales el vino podría ejercer sus efectos protectores sobre el sistema cardiovascular. No obstante, tampoco podemos olvidar la larga lista de enfermedades y problemas sociales y laborales derivadas de un consumo excesivo de alcohol. Todos ello ha creado gran confusión, en primer lugar, en las sociedades científicas, acostumbradas a tratar al alcohol como un tóxico; en segundo lugar, al público en general, que recibe con frecuencia informaciones contradictorias sobre la bondad o no del consumo de las bebidas alcohólica.

Aspectos negativos del consumo de bebidas alcohólicas

El consumo mantenido de cantidades excesivas de alcohol puede dar lugar a un síndrome de dependencia al alcohol, junto a un gran número de enfermedades crónicas que pueden llegar a conducir a la muerte. Así, deben destacarse los efectos del alcohol sobre el hígado (cirrosis hepática y hepatitis alcohólica aguda), páncreas (pancreatitis), sistema nervioso (encefalopatías, polineuritis) y aparato locomotor (miopatía, osteoporosis), así como los deterioros psicoorgánicos (amnesias lacunares, demencia alcohólica), trastornos psicóticos (alucinosis y celotipia alcohólica) y otros trastornos asociados (síndromes ansioso-depresivos).

Asimismo, consumido a dosis altas, el etanol es, indudablemente, un tóxico para todo el sistema cardiovascular, ya que daña tanto el miocardio como los propios vasos sanguíneos. El consumo crónico de alcohol causa, inicialmente, una disfunción ventricular, que puede ser sistólica y/o diastólica (miocardiopatía alcohólica subclínica) y puede inducir a un porcentaje más reducido de pacientes a desarrollar una miocardiopatía congestiva cuyas manifestaciones clínicas y funcionales son similares a la miocardiopatía dilatada idiopática (miocardiopatía alcohólica clínica). Otras manifestaciones cardiovasculares del consumo excesivo de alcohol son las arritmias cardíacas y la muerte súbita, la hipertensión arterial y las hemorragias cerebrales.

Aspectos positivos sobre la mortalidad y el sistema cardiovascular

Hasta el momento actual los efectos cardioprotectores del consumo moderado de vino o alcohol han sido documentados en numerosos estudios ecológicos, epidemiológicos, caso - control y de cohortes realizados en poblaciones tan dispares como Francia, Dinamarca, Yugoslavia, Estados Unidos, China y Nueva Zelanda. Numerosos estudios han observado que la relación entre consumo de alcohol y mortalidad global y la mortalidad por causas cardiovasculares sigue una curva con forma de J o U, respectivamente. Es decir, el riesgo relativo de muerte resulta ser menor en los consumidores moderados de alcohol que en los abstemios, y, por supuesto, menor que el riesgo de los grandes consumidores de alcohol. Que la mortalidad de los consumidores moderados sea menor que los grandes bebedores parece lógico, pero lo que llamó realmente la atención es que la mortalidad de los abstemios fuera mayor que la de los consumidores moderados. En muchos de estos estudios se ha comprobado que estos tres grupos, abstemios, consumidores moderados y bebedores excesivos, difieren en el consumo de tabaco (mayor en los bebedores excesivos), actividad física (menor en los abstemios), consumo de grasas saturadas y grasas trans (mayor en los no consumidores de alcohol), y de vitamina E (menor en los abstemios). Asimismo, puede que los consumidores moderados de vino también consuman más pescado, aceite de oliva o frutos secos, alimentos cuyo consumo se ha asociado a un menor riesgo vascular. Para tratar de resolver estas cuestiones, se han realizado meta-análisis en los que se han incluido más de 50 estudios con un total de más de un millón de sujetos analizados y en los que se han tenido en cuenta todos estos factores. Tras su análisis, puede concluirse que las mujeres que consumen hasta 2 copas al día de alcohol y los varones que consumen hasta 4 copas al día, presentan una mortalidad menor que los abstemios.

Dosis de alcohol

No obstante, existen discrepancias sobre cual sería la dosis óptima de alcohol que disminuiría de forma más intensa el riesgo relativo de padecer una complicación cardiovascular. Estas dosis no parecen ser iguales en hombres que en mujeres, ni tampoco si se consideran como prevención de la cardiopatía isquémica o de la enfermedad cerebro - vascular. No obstante, cuando se analizan conjuntamente los efectos beneficiosos sobre el sistema cardiovascular y los efectos tóxicos sobre otros órganos y sistemas del organismo, se considera que la dosis máxima diaria de alcohol no debería sobrepasar los 30 g al día en el varón y los 15 g en la mujer.

Patogenia de los efectos beneficiosos del alcohol sobre la arteriosclerosis

Estos efectos beneficiosos del consumo moderado de alcohol frente a la cardiopatía coronaria se atribuyeron inicialmente a un incremento del colesterol ligado a las lipoproteínas de alta densidad (HDL), una disminución de la agregación plaquetaria, a un incremento de la actividad fibrinolítica y/o a una reducción en la resistencia a la insulina. No obstante, dado que actualmente se considera a la arteriosclerosis como una enfermedad inflamatoria de las arterias, se han destacado los efectos anti-inflamatorios de las bebidas alcohólicas en general y del vino, especialmente, el tinto.

En humanos sanos, se ha referido que el vino tinto inhibe la activación del factor nuclear kb, en células mononucleares de sangre periférica de varones sanos. Este factor transcripcional es fundamental para la síntesis de moléculas de adhesión e interleuquinas básicas en las primeras fases de la arteriosclerosis. En esta misma línea, en un estudio de intervención realizado por nuestro grupo se analizaron los efectos del consumo moderado de alcohol (30 g /día) con elevado (vino tinto) o escaso (ginebra) contenido en polifenoles durante un mes en 40 varones sanos. Se comprobó que el consumo moderado de alcohol en forma de ginebra redujo la concentración de fibrinógeno plasmático y de interleukina-1, sin que se observaran cambios significativos en la expresión de las moléculas de adhesión ligadas a los monolitos y linfocitos T. En cambio, el consumo moderado de vino tinto, además de los efectos referidos para la ginebra, mostró mayores efectos beneficiosos en la prevención de la arteriosclerosis al disminuir la expresión de las moléculas de adhesión LFA1, Mac-1 y VLA-4, y la quemoquina MCP-1 en la superficie monocitaria y reducir las concentraciones séricas de moléculas de adhesión endotelial ICAM-1 y VCAM-1 (41-42). Todos estos factores contribuirían a reducir las interacciones monocito-endotelio que son básicas para iniciar la formación de una placa de ateroma. Todos estos hallazgos añaden plausibilidad biológica a los resultados los estudios epidemiológicos.

Consideraciones finales

En la era de la medicina basada en la evidencia, sería preciso disponer de ensayos clínicos en los que se administre de forma controlada y aleatoria una intervención, por ejemplo, uno o dos vasos de vino tinto, a un grupo de sujetos de alto riesgo vascular y a otros se les aconseje que se abstengan de tomar cualquier bebida alcohólica. Sólo el análisis posterior del número de complicaciones cardiovasculares acontecidas en uno u otro grupo nos permitirá disponer de suficientes evidencias para poder realizar recomendaciones con el máximo rigor científico. Hasta disponer de esta información, los consejos sobre el consumo moderado de alcohol debe individualizarse y evaluar la relación riesgo - beneficio en cada caso en particular. Evidentemente, a los alcohólicos crónicos se les debe aconsejar una abstinencia absoluta. A los bebedores excesivos sin datos de adicción, se le puede aconsejar que reduzcan su ingesta de alcohol a dosis diarias inferiores a 3-4 copas (< 40 g. de alcohol al día) para los varones y 1-2 copas (< 20 g. de alcohol al día) para las mujeres. Finalmente, a los consumidores moderados se les puede solicitar que mantengan su ingesta por debajo de los límites referidos. Respecto al tipo de bebida, el vino y la cerveza parecen tener efectos protectores adicionales. Hasta el momento, no se dispone de suficientes evidencias científicas para aconsejar a las personas abstemias el consumo moderado de alcohol, aunque probablemente existan algunas excepciones como los afectos de cardiopatía isquémica o los que reúnen factores de riesgo vascular o de insuficiencia cardiaca. Finalmente, para dar coherencia a nuestros consejos, deberíamos recomendar que el consumo de vino fuera con las comidas, para enmarcarlo dentro del mejor patrón alimentario que disponemos, la dieta mediterránea.

Bibliografía

Albert MA, Glynn RJ, Ridker PM. Alcohol consumption and plasma concentration of C-reactive protein. Circulation. 2003;107:443–7.

Badía E, Sacanella E, Fernández-Sola J, Nicolás JM, Antúnez E, Rotilio D, DE Gaetano G, Urbano-Márquez A, Estruch R. Decreased TNF-induced adhesion of human monocytes to endotelial cell after moderate alcohol consumption. Am J Clin Nutr. 2004;80:225-30.

Di Castelnuovo A, Costanzo S, Bagnardi V, Donati MB, Iacoviello L, de Gaetano G. Alcohol dosing and total mortality in men and women. Arch Intern Med. 2006;166:2437-45.

Estruch R, Sacanella E, Badia E, Antúnez E, Nicolás JM, Fernández-Solá J, Rotillo D, Rubin E, de Gaetano G. Urbano-Márquez A. Different effects of red wine and gin consumption on inflammatory biomarkers of atherosclerosis: a prospective randomized crossover trial. Atherosclerosis. 2004;175:117-23.

Estruch R. Alcohol y Corazón: Las dos caras de una misma moneda. Med Clin (Barc). 2002;118:696-7.

Gronbaek M, Becker U, Johansen D, Gottschau A, Schnohr P, Ole Hein H, et al. Type of alcohol consumed and mortality from all causes, coronary heart disease and cancer. Ann Intern Med. 2000;133:411-9.

Imhof A, Froehlich M, Brenner H, Boeing H, Pepys MB, Koenig W. Effect of alcohol consumption on systemic markers of inflammation. Lancet. 2001;357:763–7.

Mukamal KJ, Jensen MK, Groenbaek M, Stampfer MJ, Manson JE, Pischon T, Rimm EB. Drinking frequency, mediating biomarkers, and risk of myocardial infarction in women and men. Circulation. 2005;112:1406-13.

Nicolas JM, Fernández-Solá J, Estruch R, Paré JC, Sacanella E, Urbano-Márquez A, et al. The role of controlled drinking in the management of alcoholic cardiomyopathy. Ann Intern Med. 2002;136:192-200.

Paunio M. Heinonen OP, Virtamo J, Klag MJ, Manninen V, Albanes D, Comstock GV. HDL cholesterol and mortality in Finnish men with special reference to alcohol intake. Circulation. 1994;90:2909–18.

Urbano-Márquez A, Estruch R, Fernández-Solá J, Nicolás JM, Paré JC, Rubin E. The greater risk of alcoholic cardiomyopathy and myopathy in women compared to men. JAMA. 1995;274:149-54.

Urbano-Márquez A, Estruch R, Navarro-López F, Grau JM; Mont Ll, Rubin E. The effects of alcoholism on skeletal and cardiac muscle. N Engl J Med. 1989;320:409-15.

Fracciones no alcohólicas del vino: el papel antioxidante de los compuestos fenólicos

F. Pérez Jiménez

Existen múltiples estudios observacionales demostrativos de que el consumo moderado de bebidas alcohólicas, definido como 1-2 tomas diarias, reduce el riesgo de mortalidad en poblaciones de diferentes ámbitos geográficos. Este beneficio, que es mayor en hombres y mujeres de edad media, en especial con mayor riesgo cardiovascular, se atribuye a una reducción del riesgo de arteriosclerosis, sobre todo de enfermedad coronaria[1]. Su efecto sería mayor cuando el consumo de bebidas alcohólicas es habitual, en lugar de intermitente, y cuando se ingieren con las comidas[2,3].

Los potenciales beneficios cardiovasculares se atribuyen a su capacidad para aumentar los niveles plasmáticos de colesterol HDL y para reducir el riesgo trombogénico, por su acción antiagregante plaquetaria y sobre factores de coagulación tales como el factor tisular, el fibrinógeno y los componentes del sistema fibrinolítico[4,5]. Pero además, tiene especial interés la observación de que el consumo habitual de bebidas alcohólicas reduce la oxidación "in vitro" de las partículas de LDL, fenómeno clave en el inicio de la lesión endotelial y que conduce a la formación de la placa de ateroma[6]. Junto a las evidencias del beneficio de las bebidas alcohólicas, existen discrepancias sobre si dicho efecto es exclusivamente atribuible al alcohol o, por el contrario, depende también del tipo de bebida consumida[7]. Una de las primeras observaciones en ese sentido derivan del "Copenhagen Heart Study". En dicho estudio, una población de 13,285 hombres y mujeres fueron seguidas durante 12 años, observándose una reducción del riesgo coronario a la mitad, con el consumo moderado de vino tinto, lo que no se puso en evidencia con otras bebidas[8]. La hipótesis de la posible existencia de un beneficio protector relacionado con microcomponentes no alcohólicos del vino tinto, sugerido por dicho estudio, se ha propuesto para explicar la observación de que la población de Francia tiene un riesgo cardiovascular menor que una población americana de similares niveles de colesterol[9]. La realidad de esta idea, denominada "Paradoja Francesa", tiene no obstante muchas incertidumbres. Son varios los estudios observacionales que la han confirmado, de lo que es ejemplo un metanálisis sobre 209,418 personas[10], pero también son otros muchos los que discrepan, como es el de una gran cohorte prospectiva que incluye 128,934 adultos en California y donde se observó que el consumo moderado de alcohol reduce el riesgo cardiovascular, sin beneficio adicional para el vino tinto[11]. Este hecho es entendible por la gran cantidad de factores confundentes, difíciles de excluir en relación con el consumo de bebidas alcohólicas, lo que hace muy difícil confirmar dicha teoría con estudios observacionales. No obstante, la posibilidad de que haya un beneficio específico, vinculado a componentes no alcohólicos del vino, se refuerza con un gran número de estudios experimentales que muestran que tales microcomponentes inducen múltiples efectos biológicos, como veremos a continuación.

Microcomponentes del vino: los compuestos fenólicos

El vino es un alimento que, además de agua y alcohol, contiene otras muchas sustancias, como ácidos orgánicos, aldehídos, ésteres, cetonas y antioxidantes, entre los que destacan los compuestos fenólicos. Dentro de ellos se incluyen componentes muy variados, algunos de naturaleza no flavonoide, como el resveratrol y otros de tipo flavonoide, como la catequina, quercitina y los taninos. Su origen es la piel de la uva, por lo que son más abundantes en el vino preparado con los hollejos, como es el caso del vino tinto. Los compuestos fenólicos son abundantes en otros alimentos de origen vegetal y en sus zumos, de lo que son ejemplo, además del vino, el té, el chocolate, el aceite de oliva y los zumos frescos. Su potencia biológica es importante y, por ejemplo, su capacidad antioxidante supera a la de la vitamina E por lo que se considera que podrían influir en múltiples de los mecanismos de la aterogenésis, vinculados al proceso oxidativo de las partículas de LDL[12]. Precisamente, en esta revisión nos ocuparemos de los efectos por los que estos microcomponentes pueden modular la formación de la placa de ateroma.

Inicio y progresión de la placa

En los últimos años se ha desarrollado el paradigma de que la enfermedad cardiovascular es un proceso inflamatorio, en el que tienen un papel central el acúmulo de células mononucleares, en especial de macrófagos cargados de colesterol y trasformados en células espumosas, que se sitúan de modo constante en el centro de la placa de ateroma, como se señala en la excelente revisión de Hansson G[13]. Como indica dicho autor, estudios en animales y humanos han mostrado que la hipercolesterolemia induce una activación focal del endotelio arterial, favoreciendo la retención de partículas de LDL en la íntima arterial, lo que inicia la respuesta inflamatoria. En este proceso, el hecho clave que condiciona que las LDL sean captadas por los macrófagos, induciendo dicha cascada patogénica, es su modificación molecular. Precisamente el principal mecanismo de dicha modificación es la oxidación, que se genera cuando se acumulan y retienen las partículas de LDL en la región intimal. De este modo se favorece el que sea captadas por los receptores "scavenger" de los macrófagos y, además, actúen activando a las células endoteliales, a través de la ex-

presión de factores de transcripción nucleares, sensibles al proceso oxidativo. Gracias a este mecanismo, puesto en evidencia en múltiples estudios experimentales, tanto los macrófagos como las células del revestimiento endotelial expresan sus genes inflamatorios, secretando TNF-alfa y citocinas que ponen en marcha el proceso aterogénico[14]. Por ello las medidas destinadas a proteger las partículas de LDL de la modificación oxidativa podrían amortiguar el desarrollo de la lesión arterial. Es más, cuando los niveles de colesterol HDL están incrementados, dichas partículas favorecen la retirada de colesterol de las células de la pared, además tienen un efecto antiinflamatorio y antioxidante que podría reducir el riesgo oxidativo de la LDL[15]. Basados en estas evidencias se comprende el interés que tiene la posibilidad de que los microcomponentes del vino, por su capacidad antioxidante, pudieran aumentar la resistencia a la oxidación de las partículas de LDL, un paso fundamental en dicho proceso.

Los compuestos fenólicos del vino, pero no el alcohol, tienen potente efecto antioxidante e inhibe la oxidación in vitro de las LDL[16]. Es más, en seres humanos se ha demostrado que la capacidad antioxidante es identificable en el plasma tras su ingesta[17]. Aunque existen en el vino distintos fenoles, el mayor interés se ha centrado en resveratrol, por su especial potencia biológica[18]. De hecho se ha observado dicha molécula tiene capacidad para inducir un efecto vasodilatador dependiente del endotelio, reproduciendo el efecto que inducen el vino tinto y el vino tinto desalcoholizado[19]. Adicionalmente, la pérdida de vasodilatación, que precede la lesión endotelial y que se evidencia incluso sin la existencia de lesiones identificables morfológicamente, se acompañó de cambios en los niveles plasmáticos de endotelina y de óxido nítrico, mediador de gran potencia vasodilatadora. Es más, se conoce la capacidad del resveratrol para inducir la síntesis y liberación de óxido nítrico, en células endoteliales, fenómeno que comparte con la quercitina. Por otra parte, el resveratrol puede favorecer la vasodilatación vascular por mecanismos independientes del óxido nítrico, estimulando la síntesis de prostaciclina, de modo similar a como lo hacen los estrógenos, con los que comparte su estructura, o reduciendo la síntesis de endotelina-1, un potente péptido vasoconstrictor que es inducido por células endoteliales con vino tinto y no con otras bebidas alcohólica[20,21].

Como antes indicamos, en la última década se ha establecido el concepto de la naturaleza inflamatoria de la arteriosclerosis. En el inicio del proceso se activan ciertos factores trascripción, como el NFκB, dependiente del estado oxidativo y capaz de activar genes de respuesta inflamatoria, como previamente comentamos. La posibilidad de influir en ese mecanismo inflamatorio, descrito con otros alimentos ricos en compuestos fenólicos[22]. De modo similar, y en el caso del vino, estudios hechos en nuestro país muestran que dicha bebida reduce la expresión de las moléculas de adhesión monocitarias y endoteliales, que se expresan en las primeras etapas de la arteriosclerosis, junto a una reducción de los niveles de fibrinógeno y proteína C reactiva[23]. Pero además, reducen la adhesión de los monocitos extraídos de hombres sanos, después de consumo de 30 g al día de vino durante un mes, en comparación con bebidas alcohólicas destiladas, con bajo contenido en polifenoles. Estos fenómenos se acompaña de una inhibición de la activación del factor nuclear κβ, en las células mononucleares circulantes[24,25]. Aunque estos datos sean experimentales, y realizados en condiciones difíciles de extrapolar al ser vivo, sugieren que los microcomponentes del vino serían capaces de modular la respuesta inmune innata, amortiguando la aterogénesis. En un estudio en el que se comparó vino tinto con vino desalcoholizado, con similar contenido en resveratrol, ambos inducían el mismo efecto protector de la arteriosclerosis experimental[26]. Este hecho, que apoya la existencia de un efecto antiaterogénica específico de los polifenoles, podría estar vinculado a su capacidad para influir sobre diferentes mecanismos implicados en la formación de la placa.

Los efectos antioxidantes y antiinflamatorios de los compuestos fenólicos "in vivo" dependen de su absorción, metabolismo y capacidad de excreción en el organismo. Este hecho puede explicar las frecuentes discrepancias entre los efectos biológicos de distintos componentes, además de las disparidades entre los estudios en animales y los ensayos clínicos con seres humanos. Actualmente hay escasa información sobre la biodisponibilidad de los fenoles del vino, lo que lleva implícito el que tampoco se conozca cuales son sus concentraciones óptimas, lo que se debe ingerir, las variaciones dependientes de factores fisiológicos o patológicos o si su efecto es directo o a través de sus metabolitos[27]. Un ejemplo de tal discrepancia es un trabajo en el que se administró vino tinto, en una dosis de alcohol de 15 g, no hubo un cambio relevante en marcadores inflamatorios tales como la proteína C reactiva y el fibrinógeno[28]. Por ello debemos insistir en la dificultad de generalizar conclusiones a partir de estudios con un diseño muy específico, con poblaciones seleccionadas o administrando dosis muy diferentes de bebidas. Por otra parte, estudios realizados en animales sugieren que los compuestos fenólicos del vino podrían actuar preferentemente en el inicio de la formación de la placa, reduciendo su progresión, aunque es mas dudoso su efecto sobre la placa experimental madura[29,30]. Estos hechos pueden explicar que en ocasiones no se consigan efectos biológicos suficientemente definidos en seres humanos y generen disparidad al interpretar los distintos estudios[31].

Microcomponentes del vino y hemostasia

Junto a la importancia de la inflamación, el otro hecho importante que ha cambiado el concepto de la arteriosclerosis es la importancia que tiene la ruptura de la placa y la formación de un trombo oclusivo, lo que justifica que la enfermedad sea llamada aterotrombosis. El fenómeno se desarrolla sobre una pérdida del endotelio, por ruptura o erosión, lo que expone una superficie protrombóticas en la que las plaquetas, y los componentes de la coagulación, favorecen el fenómeno coagulante. Finalmente, la eficiencia del sistema fibrinolítico, condicionará el destino final de la lesión. Las bebidas alcohólicas se conoce, desde hace años, que tienen un efecto antitrombótico, relacionado con el propio alcohol, lo que se explica por los menores niveles plasmáticos de Factor VII, Factor Von Willebrand y fibrinógeno. Pero además, y ello es muy importante, los bebedores de vino tendrían, además, un descenso plasmático de los niveles del principal inhibidor de la fibrinolisis PAI-1 (Plasminogen Activator Inhibitor type-1)[32], lo que sugiere que los componentes fenólicos inducen sus propios efectos específicos. El resveratrol y la quercetina reducen la expresión de factor tisular in vitro, en células endoteliales activadas y en células mononucleares[33]. Además, los compuestos fenólicos del vino disminuyen la agregabilidad plaquetaria, posiblemente modificando el metabolismo de los eicosanoides, efecto que se ha puesto en evidencia tanto in vitro como en seres humanos[34].

¿Tenemos suficientes evidencias para recomendar vino tinto?

Los estudios observacionales dejan claramente demostrado que el consumo moderado de bebidas alcohólicas reduce el riesgo de mortalidad, en especial de causa cardiovascular. Asimismo existen suficientes estudios, tanto en animales como "in vitro", indicativos de que los mecanismos implicados en la aterogénesis pueden ser modificados por el consumo de bebidas alcohólicas y, en especial, de vino tinto y de sus componentes fenólicos[35]. Pero a pesar del peso científico de tales estudios, en la era en la que se considera que el estándar es la evidencia clínica, no hay suficientes datos para recomendar activamente que los no bebedores consuman vino tinto para reducir el riesgo cardiovascular. Para ello, y a tenor de la exigencia actual, se necesitarían ensayos clínicos a gran escala, en los que se comparara el vino con un control no alcohólico, para de este modo legitimar los datos comentados, derivados de los estudios observacionales y de los ensayos biológicos. No se oculta que ese estudio probablemente no se realice, ya que para ello existen limitaciones éticas. Una de ellas es el riesgo de promover el consumo de alcohol, un producto que sabemos que es muy tóxico cuando se consume en un volumen importante y causante de cirrosis hepática, pancreatitis, cáncer, dependencia, accidentes de tráfico, enfermedades neurológicas, miocardiopatías, arritmias e hipertensión arterial. Con esta idea se justifica la recomendación de la American Heart Association sobre las indicaciones del consumo de bebidas alcohólicas, que deben quedar en el ámbito una negociación personal entre paciente y médico. De este modo, el consejo médico deberá centrarse en evitar el abuso en su consumo y la adición[36]. Ello supone que el médico puede aceptar su prudente ingesta, pero no estimularlo en los no bebedores. Por tanto, aunque epidemiológicamente es plausible que el consumo moderado de bebidas alcohólicas, y en especial de vino, sean beneficiosos para reducir el riesgo cardiovascular, y desde el punto de vista biológico esté bien explicado, la protección cardiovascular definitiva no se puede asegurar sin estudios de intervención. Por tanto no se debe recomendar beber para estar más sano sino simplemente procurar beber sano.

Bibliografía

1. Beulens JW, Rimm EB, Ascherio A, Spiegelman D, Hendriks HF, Mukamal KJ. Alcohol consumption and risk for coronary heart disease among men with hypertension. Ann Intern Med;146:10-19.
2. Vogel RA. Alcohol, Heart disease and mortality: A review. Rev Cardiovasc Med. 2002;3:7-13.
3. Ellison RC. Importance of pattern of alcohol consumption. Circulation. 2005;112:3818-9.

4. Schröder H, Ferrández O, Jimenez Conde J, Sánchez-Font A, Marrugat J. Cardiovascular risk profile and type of alcohol beverage consumption: a population-based study. Ann Nutr Metab. 2005;49:100-6.
5. Casani L, Segales E, Vilahur G, Bayes de Luna A, BadimonL. Moderate Daily Intake of Red Wine Inhibits Mural Thrombosis and Monocyte Tissue Factor Expression in an Experimental Porcine Model. Circulation. 2004;110:460-5.
6. Frankel EN, KannerJ, German JB, Parks E, Kinsella JE. Inhibition of oxidation of human low-density lipoprotein by phenolic substances in red wine. Lancet. 1993;341:454-7.
7. Klatsky AL, Friedman GD, Armstrong MA, Kipp H. Wine, liquor, beer and mortality. Am J Epidemiol. 2003;158:585-95.
8. Gronbaek M, Deis A, Sorensen TI, Becker U, Schnohr P, Jensen G. Mortality associated with moderate intakes of wine, beer, or spirits. Brit Med J. 1995;310:1165-9.
9. Criqui MH, Ringel BL. Does diet or alcohol explain the French paradox?. Lancet. 1994;344:1719-23.
10. Di Castelnuovo A, Rotondo S, Iacoviello L, Donati MB, Gaetano G. Meta-analysis of wine and beer consumption in relation to vascular risk. Circulation. 2002;105;2836-44.
11. Klatsky AL, Armstrong MA, FriedmanGD. Red wine, white wine, liquor, beer, and the risk for coronary artery disease hospitalization. Am J Cardiol. 1997;80:416-20.
12. Diaz MN, Frei B, Vita JA, Keaney JF Jr. Antioxidants and atherosclerotic heart disease. N Engl J Med. 1997;337:408-16.
13. Hansson G. Inflammation, Atherosclerosis and Coronary Heart Disease. N Engl J Med. 2005;352:1685-95.
14. Ross R. Atherosclerosis – An inflammatory disease. N Engl J Med. 1999;340:115-26.
15. Nima M Gharavi, Peter S Gargalovic, Irene Chang, Jesus A Araujo, Michael J Clark, Wan Lam Szeto, Andrew D Watson, Aldons J Lusis, Judith A Berliner. High-density lipoprotein modulates oxidized phospholipid signaling in human endothelial cells from proinflammatory to anti-inflammatory. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2007;27:1346-53.
16. Frankel EN, Kanner J, German JB, Parks E, Kinsella JE.Inhibition of oxidation of human low-density lipoprotein by phenolic substances in red wine. Lancet. 1993;341:454-7.
17. Fernandez-Pachon MS, Villano D, Troncoso AM, Garcia-Parrilla MC. Antioxidant capacity of plasma after red wine intake in human volunteers. J Agric Food Chem. 2005;53:5024-9.
18. Jefremov V, Zilmer M, Zilmer K, Bogdanovic N, Karelson E. Antioxidative effects of plant polyphenols: from protection of G protein signaling to prevention of age-related pathologies. Ann N Y Acad Sci. 2007;1095:449-57.
19. Zou JG, Wang ZR, Huang YZ, Cao KJ, Wu JM. Effect of red wine and wine polyphenol resveratrol on endothelial function in hypercholesterolemic rabbits. Int J Mol Med. 2003;11:317-20.
20. Leikert JF, Räthel TR, Wohlfart P, Cheynier V, Vollmar AM, Dirsch VM. Red wine polyphenols enhance endothelial nitric oxide synthase expression andsubsequent nitric oxide release from endothelial cells. Circulation. 2002;106:1614-7.
21. Corder R, Douthwaite JA, Lees DM, Khan NQ, Viseu Dos Santos AC, Wood EG, Carrier MJ. Endothelin-1 synthesis reduced by red wine. Nature. 2001;414:863-4.
22. Bellido C, Lopez-Miranda J, Blanco-Colio LM, Perez-Martinez P, Muriana FJ, Martin-Ventura JL, et al. Butter and walnuts, but not olive oil, elicit postprandial activation of nuclear transcription factor kappaB in peripheral blood mononuclear cells from healthy men. Am J Clin Nutr. 2004;80:1487-91.
23. Estruch R, Sacanella E, Badia E, Antúnez E, Nicolás JM, Fernández-Solá J, RotilioD, de Gaetano G, Rubin E, Urbano-Márquez A. Different effects of red wine and gin consumption on inflammatory biomarkers of atherosclerosis: a prospective randomized crossover trial. Effects of wine oninflammatory markers. Atherosclerosis. 2004;175:117-23.
24. Badía E, Sacanella E, Fernández-Solá J, Nicolás JM, Antúnez E, Rotilio D, de Gaetano G, Urbano-Márquez A, Estruch R. Decreased tumor necrosis factor-induced adhesion of human monocytes to endothelial cells after moderate alcohol consumption. Am J Clin Nutr. 2004;80:225-30.
25. Blanco-Colio LM, Muñoz-García B, Martín-Ventura JL, Alvarez-Sala LA, Castilla M, Bustamante A et al. Ethanol beverages containing polyphenols decrease nuclear factor kappa-B activation in mononuclear cells and circulating MCP-1 concentrations in healthy volunteers during a fat-enriched diet. Atherosclerosis. 2007;192:335-41.
26. Wang Z, Zou J, Cao K, Hsieh TC, Huang Y, Wu JM. Dealcoholized red wine containing known amounts of resveratrol suppressesatherosclerosis in hypercholesterolemic rabbits without affecting plasma lipid levels.Int J Mol Med. 2005;16:533-40.
27. Kroon PA, Clifford MN, Crozier A, Day AJ, Donovan JL, Manach C, Williamson G. How should we assess the effects of exposure to dietary polyphenols in vitro?. Am J Clin Nutr. 2004;80:15-21.
28. Retterstol L, Berge KE, Braaten O, Eikvar L, Pedersen TR, Sandvik L. A daily glass of red wine: does it affect markers of inflammation? Alcohol. 2005;40:102-5.
29. Szmitko PE, Verma S. Antiatherogenic potencial of red wine: clinician update. Am J Circ Physiol. 2005;288:H2023-30.
30. Bentzon JF, Skovenborg E, Hansen C, Moller J, de Gaulejac NS, Proch J, Falk E. Red wine does not reduce mature atherosclerosis in apolipoprotein E-deficient mice. Circulation. 2001;103:1681-7.
31. Fernández-Pachón MS, Bakkali F, Villaño D, Troncoso AM, García-Parrilla MC. Acute intake of red wine does not affect antioxidant enzymes activities in human subjects. Int J Vitam Nutr Res. 2006;76:291-8.
32. Mukamal KJ, Jadhav PP, D'Agostino RB, Massaro JM, Mittleman MA, Lipinska I, Sutherland PA, Matheney T, Levy D, Wilson PW, Ellison RC, Silbershatz H, Muller

JE, Tofler GH. Alcohol consumption and hemostatic factors: analysis of the Framingham Offspring cohort. Circulation. 2001;104:1367-73.
33. Di Santo A, Mezzetti A, Napoleone E, Di Tommaso R, Donati MB, De Gaetano G, Lorenzet R.J. Resveratrol and quercetin down-regulate tissue factor expression by human stimulated vascular cells. Thromb. Haemost; 1:1089-95.
34. Wang Z, Zou J, Huang Y, Cao K, Xu Y, Wu JM. Effect of resveratrol on platelet aggregation in vivo and in vitro. Chin Med J. 2002;115:378-80.
35. Schroder H, Marrugat J, Fíto M, Weinbrenner T, Covas MI. Alcohol consumption is directly associated with circulating oxidized low-density lipoprotein. Free Radic Biol Med. 2006;40:1474-81.
36. Goldberg IJ, Mosca L, Piano MR, Fisher EA; Nutrition Committee, Council on Epidemiology and Prevention, and Council on Cardiovascular Nursing of the American Heart Association. AHA Science Advisory: Wine and your heart: a science advisory for healthcare professionals from the Nutrition Committee, Council on Epidemiology and Prevention, and Council on Cardiovascular Nursing of the American Heart Association. Circulation. 2001;103:472-5.

El valor de la exploración física

Moderador:

A. Merino Senovilla

Médico de Familia. Centro de Salud La Victoria. Valladolid.

Ponentes:

R. Villegas Portero

Médico de familia. Master en Economía de la Salud. Jefe de Servicio de Evaluación de Tecnologías de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

S. Mangione

Especialista en neumología, intensivos, alergia e inmunología. Profesor asociado clínico de la Universidad Thomas Jefferson, Philadelfia, EEUU. Autor del libro *Secretos del diagnóstico físico.*

A. Sobrino López

Médico de familia. Doctora en Medicina. Tutora de la Unidad Docente de MFyC de Santander-Laredo. Centro de Salud Dávila, Santander. Coordinadora Nacional del Grupo Comunicación y Salud de semFYC.

V. Casado Vicente

Médico de familia. Centro de Salud Parquesol, Valladolid. Presidenta de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria.

El valor de la exploración física

A. Merino Senovilla

Los "avances" contemporáneos en medicina han ido de la mano del mercado, de tal manera que si el interés científico puede generar beneficios empresariales, el "avance" está garantizado, y si no, se pinta. El ejemplo menos sutil lo tenemos en los múltiples cambios isoméricos de fórmulas químicas como remedios terapéuticos encadenados. Cuando el mercado de un medicamento se topa, se amplían las cotas de necesidad (estatinas y cifras cada vez menores de LDL), o se abren nuevos mercados (estatinas que son útiles para ACVE y SIDA, u omeprazol que pronto se introducirá como excipiente en todos los fármacos).

Los medios diagnósticos no escapan a estas leyes del mercado o al comensalismo entre el interés científico y el poder económico. La sofisticación de las pruebas diagnósticas y los avances tecnológicos, en ocasiones, no se sabe si persiguen la fiabilidad de los datos de medición o las leyes de rebaja del aparato al año vencido o/y la nueva línea de modelo del ecógrafo del año en curso. Por otro lado, el paciente está más contento con una bolsa del Corte Inglés llena de resonancias y pruebas, que con maniobras en una camilla de exploración. La llamada "medicina defensiva" apoya esta tendencia. Hay médicos que, en un intento de protegerse, recurren a la solicitud de exploraciones complementarias, lo cual hace el ejercicio médico no sólo menos eficiente, sino también más peligroso.

Se ha asimilado prueba complementaria con solución diagnóstica y procedimiento quirúrgico con curación; quizá, entre otras causas, por el espíritu simplificador de los medios de comunicación.

En este contexto, podríamos decir que los parientes pobres de la medicina son las medidas no farmacológicas en el tratamiento y la exploración física en el diagnóstico, sin mecenas que les hagan "avanzar".

Durante mucho tiempo, y aún ahora, los procedimientos médicos en consulta han estado caracterizados por tener problemas de variabilidad, fiabilidad, validez e interpretación. Es decir, dificultades de reproducir los hallazgos, cuantificarlos y determinar la importancia o "valor" que tiene el signo en el contexto de nuestra hipótesis diagnóstica.

Está claro pues, que los niveles de validez de la exploración física son tan variables como médicos la practican; y su fiabilidad depende tanto del médico y de las características del paciente como de las circunstancias que concurren en cada exploración (lugar, conocimientos, destreza, experiencia y disposición del explorador).

En cambio, hay menos dudas de que la exploración física nos permite valorar el estado físico y emocional de un enfermo, influye en la ganancia de confianza en dicha relación, atesora experiencia en el médico y es imprescindible para la toma de decisiones en un gran número de ocasiones.

La exploración física es la recogida mediante los sentidos de la vista (inspección), el tacto (palpación), el oído (auscultación), el olfato (olfacción), e incluso en tiempos pasados, del gusto, de los signos o datos objetivos, tanto patológicos como normales. Sin olvidar, que el nexo común de todos los sentidos, es lo que se encuentra entre las dos olivas del fonendo.

Pero habitualmente, la exploración física se convierte en una cadena de rituales, en unos casos con más consistencia y en otros, en una liturgia carente de sentido en el proceso diagnóstico.

El médico de familia dedica una importante parte del tiempo de consulta a la exploración física, en muchas ocasiones sin saber el valor de ella y sin que a ningún colectivo le preocupe demasiado. Sólo hay que ver cuantas mesas, talleres, comunicaciones, publicaciones y resto de producción científica se refieren o tocan la exploración física; parece que algo que ocupa gran parte de nuestro tiempo no tiene interés, o al menos no importa a aquellos con intereses que son capaces de generar nuestro interés.

La formación pregrado y postgrado en exploración física no escapa a esa anhedonia. Además, a nuestra formación en exploración física, todavía le cuesta pasar el tamiz del cuestionamiento científico, y en muchas ocasiones, se continúa enseñando, aprendiendo y aplicando como verdades dogmáticas y transferencias costumbristas.

Esta mesa pretende pesar el valor de la exploración física y si vale la pena el esfuerzo por parte de nosotros, para, partiendo de su crítica, promover el avance (esta vez sin comillas) que otros no van a hacer por nosotros, y situarla donde merezca.

En esto como en otras cosas, si la mayoría de los días siguen siendo amaneceres para la ilusión y atardeceres para la crítica, al menos estaremos por algún camino.

La exploración física desde la perspectiva de la evaluación de tecnologías sanitarias

R. Villegas Portero

¿Por qué hablar en un congreso científico de la exploración física? ¿Acaso se puede poner en duda su valor? Es curioso como se cuestionan aspectos de cualquier nuevo tratamiento (la calidad de los estudios que lo avalan, la seguridad que tiene, el coste que supone o la oportunidad perdida o ganada), pero se discute mucho menos los relacionados con el diagnóstico.

El diagnóstico juega un papel central en la actividad clínica, y la exploración física es una parte muy importante, cualitativa y cuantitativamente, del proceso diagnóstico de los médicos de familia. Su interpretación lleva a tomar decisiones relacionadas con la petición de pruebas complementarias o con la prescripción de tratamientos. ¿Conocemos la sensibilidad, la especificidad o alguno de los valores predictivos de las maniobras exploratorias que realizamos habitualmente? ¿Merece la pena preguntarse por ellos?

Muchas preguntas

Desde la perspectiva de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias se puede tratar de plantear algunas respuestas. La Evaluación de Tecnologías Sanitarias se ha definido como el proceso de análisis e investigación, dirigido a estimar el valor y contribución relativos de cada tecnología a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo además en cuenta su impacto económico y social[1]. Si entendemos el concepto de tecnología de un modo amplio, podría ser objeto de evaluación cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, medicamento, o sistema u organización a través de los que se pretenda proporcionar atención sanitaria a los pacientes. Por supuesto que aquí está incluida la exploración física.

La contribución que una determinada tecnología aporta a la salud de los pacientes interesará al profesional sanitario, pero también al gestor y al propio paciente. A todos ellos trata de dar información la Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Es frecuente que a las instituciones que se dedican a esta disciplina les lleguen peticiones para evaluar tecnologías muy relacionadas con innovaciones, en general nuevos aparatos, y por tanto sus profesionales están entrenados para hacer frente a estas evaluaciones. Sin embargo sería interesante adentrarse en la metodología que debería utilizarse para evaluar la exploración física.

En general, el planteamiento metodológico no se diferenciaría del usado con cualquier otra prueba diagnóstica.

1. En primer lugar se evaluaría su reproducibilidad. Se trataría de responder a la pregunta sobre qué acuerdo tendrían dos clínicos que evalua-

ran el mismo signo en el mismo paciente. La reproducibilidad se analizaría con métodos diferentes según se tratara de resultados continuos (por ejemplo el coeficiente de correlación interclase) o dicotómicos (por ejemplo el índice kappa).
2. En segundo lugar se evaluaría su exactitud diagnóstica, contestando cómo de "verdadero" sería el diagnóstico al que se llegaría. Se estimaría utilizando parámetros como la sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos (también se podrían usar los cocientes de verosimilitud, aunque están menos extendidos en la práctica)[2]. Todo esto partiendo de la base de que no existen pruebas diagnósticas perfectas.
3. Por último se trataría de valorar su aplicabilidad y su lugar en el proceso general del diagnóstico.

Para empezar, desde el punto de vista de un evaluador, cualquier prueba diagnóstica que no fuera replicable (con una baja precisión) no sería aceptable de ningún modo. De poco serviría un signo que es interpretado de forma diferente por cada uno de los profesionales que lo fueran explorando. La pregunta no es tanto si la exploración física de forma general es replicable, sino que habría que preguntar por la precisión de las diferentes maniobras exploratorias, y el problema al tratar de contestar es el escaso número de estudios que tratan este aspecto. Como ejemplo, en una revisión sobre el valor de la exploración física en la apendicitis, no se localizaron estudios sobre la precisión de ninguno de los signos clásicos[3].
Sí se localizan estudios que midan la exactitud, aunque no sean muy frecuentes. En la toma de decisiones, de forma general, las pruebas con alta sensibilidad se prefieren para descartar enfermedad y las de alta especificidad para confirmarla.
Cuando un paciente entra en la consulta con una queja (llamémoslo síntoma), tiene una probabilidad concreta de tener un problema de salud. A esta probabilidad la llamamos probabilidad pre-prueba. Cualquier esfuerzo diagnóstico debería de ir encaminado a aumentar o disminuir esta probabilidad de forma que se modificara la actuación posterior. A esta nueva probabilidad se la llamaría probabilidad post-prueba.
Si se considera que la exploración física no es un fin en sí misma, usada en el orden clásico y lógico (anamnesis, exploración física, pruebas complementarias), debería tener una alta sensibilidad, es decir modificar la probabilidad pre-prueba de forma que la probabilidad post-prueba fuera suficientemente alta como para que se hiciera necesario instaurar un tratamiento o bien suficientemente baja como para que se pudiera descartar su prescripción. Si no es así, debería al menos permitir usar una prueba complementaria con una alta especificidad para poder confirmar el problema de salud.
En otra revisión, esta vez sobre el valor de la exploración en el diagnóstico de la neumonía de la comunidad[4], ninguno de los síntomas o signos tuvo valor suficiente para diagnosticar o descartar la neumonía, y las posibles combinaciones tampoco tuvieron valor para diagnosticarla.
Por tanto, los problemas de la exploración física se pueden resumir en:

1. Difícil reproducibilidad, por lo que es necesario que la maniobra exploratoria esté claramente definida y que el profesional haya recibido un adecuado entrenamiento en su realización.
2. Escaso conocimiento de su exactitud, por lo que es necesario realizar estudios (ya sean revisiones sistemáticas o estudios primarios) que aporten suficiente información.

Además de solucionar estos problemas, para que la exploración física cumpla su función es importante que su aplicación técnica sea correcta, que se use en el momento adecuado y se confíe en ella. Si la actuación después de la exploración fuera la misma que la que se hubiera realizado antes (se instaura el tratamiento o se solicita la batería de pruebas al uso), a pesar de los resultados que indique ¿para qué hacerla?
A no ser que la respuesta a esta última pregunta sea que de esta manera se establece un contacto con el paciente que facilita la comunicación y hace más útil la entrevista. Pero entonces se está hablando de otra cosa.

Bibliografía

1. Conde Olasagasti JL. Evaluación de tecnologías médicas basada en la evidencia. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III, 1988.
2. Sackett DL. A primer on the presision and accuracy of the clinical examination. JAMA. 1992;267:2638-44.
3. Wagner JM, McKinney P, Carpenter JL. Does this patient have appendicitis?. JAMA. 1996;276:1589-94.
4. Metlay JP, Kapoor WN, Fine MJ. Does this patient have community-acquired pneumonia?. JAMA. 1997;278:1440-5.

Physical Diagnosis In The 21st Century. Separating The Wheat From The Chaff

S. Mangione

The past decade has seen an increasing attempt at quantifying the values and limits of physical findings in specific clinical situations. Echoing what has already been done for laboratory tests or technologic procedures, many bedside signs and maneuvers have now been assessed in terms of sensitivity, specificity, and likelihood ratios, thus allowing physicians a more intelligent, judicious and cost-effective use of expensive technology. Yet, much of this information has not fully reached the practicing community. Hence, the goal of this presentation is to review recent studies on the value of physical examination in selective but frequently encountered settings.

Diabetic neuropathy

The "diabetic foot" is the most common cause of lower-extremity amputation after trauma. Traditional bedside screenings (such as loss of vibratory and position sense) are inaccurate, while other manifestations (such as loss of deep tendon reflexes, especially the ankle jerk; foot drop; and muscle atrophy) are late phenomena. Hence the Semmes-Weinstein (SW) monofilament test has become the screening test of choice. Inability to sense a 10-g force pressure (exercised by a 5.07 filament) is a valid and independent predictor of foot ulceration. A two-site SW monofilament test is as clinically valuable as a 10-site test in screening for neuropathy.

DYS-thyroidism

Although the laboratory is always diagnostic, physical findings can often be suggestive. By using a cumulative score of 14 signs and symptoms Zulewski et al. were able to identify 62% of overt hypothyroid and 24% of subclinical hypothyroid patients. Findings more strongly suggestive of hypothyroidism are: bradycardia (+LR=3.88), abnormal ankle reflex (+LR=3.41), and coarse skin (+LR=2.3). No single finding, when absent, rules *out* hypothyroidism (-LR=0.42-1.0). Even the combination of signs with highest likelihood ratios (coarse skin, bradycardia and delayed ankle reflex) is only modestly accurate (+LR=3.75; -LR=0.48). Findings most suggestive of *hyperthyroidism* are lid retraction (LR =31.5), lid lag (LR =17.6), fine finger tremor (LR =11.4), moist and warm skin (LR=6.7), and tachycardia (LR=4.4). Findings more likely to rule *out* hyperthyroidism are normal thyroid size (LR=0.1), heart rate <90/min (LR=0.2), and no finger tremor (LR=0.3). A cumulative score of 19 symptoms and signs (Wayne index) has LR=18.2 for hyperthyroidism if ≥ 20, and LR=0.1 if ≤ 10.

COPD and asthma

Obstructive airways disease is defined by pulmonary function testing. Yet, several bedside findings can suggest a diagnosis. A reduction in *Breath Sound Intensity* (BSI) is the best single index of emphysema as compared with 14 other findings and as measured against spirometry (conversely, normal BSI virtually excludes a severe reduction in FEV_1). Early-inspiratory crackles also argue strongly for the presence of obstructive disease (LR=14.6). When present, airflow obstruction can be accurately quantified by the *Forced Expiratory Time* (FET), which consists in placing the stethoscope over the suprasternal notch while having the patient perform a forced-expiratory maneuver. An *audible expiration* longer than 9 seconds predicts an FEV_1/FVC of 70%. In *asthma*, breath sounds also have diminished intensity, but higher pitch. Intensity of wheezing does *not* correlate with severity of obstruction, but pitch and length (T_w/T_{tot}) do, with more severe asthmatics having longer and higher-pitched wheezes. Although unforced wheezing is very suggestive of chronic airflow obstruction, wheezing on *forced* exhalation can occur in healthy individuals. Conversely, wheezing can be absent in 30% of patients with FEV_1<1L. In fact, in status asthmaticus, wheezing is the least discriminating factors in predicting either hospital admission or relapse. Wheezing in left ventricular failure (*cardiac asthma*) reflects increased airways reactivity. Wheezes louder over the neck may reflect instead upper airway obstruction (vocal cord dysfunction); this should be considered even when wheezes are *expiratory*.

Heart failure

Bedside prediction of actual central venous pressure (CVP) is inaccurate, especially in acutely ill patients. A *high* CVP estimate, however, *does* in-

crease the likelihood of true CVP elevation (by fourfold), while a *low* CVP estimate increases the likelihood of hypovolemia by threefold. In *asymptomatic* patients with normal CVP, a positive abdominojugular reflux (sustained increase in jugular venous pressure > 4 cm after firm periumbilical compression for 10 seconds) predicts right atrial pressure > 9 mm Hg and right ventricular end-diastolic pressure > 12 mm Hg. In *symptomatic* patients a positive reflux predicts instead *bi*ventricular failure, and suggests a pulmonary capillary wedge pressure >15 mm Hg, lower left ventricular ejection fractions and stroke volumes, and higher mean pulmonary arterial and right atrial pressures (sensitivity 55-85%, specificity 90-100%, and LR=8.0). An increased JVP in pre-op patients predicts post-operative pulmonary edema and/or infarction (LR=9.4 and 11.3 respectively). Late-inspiratory crackles or distended neck veins have high specificity (90-100%) but low sensitivity (10-50%) for increased *left* ventricular filling pressure. Only the S3 gallop and a displaced apical impulse have positive likelihood ratios (5.7 and 5.8 respectively) that are sufficiently high as to be diagnostically helpful.

La relación clínica y la comunicación en la exploración física

A. Sobrino López

La entrevista clínica, poderoso instrumento diagnóstico y de relación, rebasa con mucho la adquisición de datos sobre un padecimiento, por este medio, el médico se entera de los sucesos cronológicos y de los síntomas que padece el paciente. Se generan y se someten a prueba hipótesis diagnósticas a medida que se despliega una serie de capacidades del médico para extraer, integrar, elaborar la información y se construye una relación de confianza.

La entrevista es una experiencia compartida en el que ambos participantes tienen metas: para el paciente el alivio del sufrimiento o la incertidumbre y la conservación o restablecimiento de la salud, para alcanzar esta meta, el paciente, debe estar convencido de que la persona que le suministra cuidados médicos no solo es competente sino que también se interesa por el como sujeto; para el médico el objetivo primario es obtener información necesaria para comprender el proceso que lleva al paciente a consultar y proponerle unas medidas diagnosticas y terapéuticas apropiadas y aceptables para este paciente.

El entrevistador competente pondrá de manifiesto, pensamientos, ideas, conocimientos, creencias, emociones y circunstancias personales subyacentes al problema del paciente de modo que la entrevista llevada a cabo con sensibilidad e interés ayudará a formar una relación firme entre estos los protagonistas del encuentro.

Para que, en cada entrevista, el médico alcance los objetivos de la misma, exige de por parte de este, la realización por el de una serie de tareas concretas: conectar con el paciente, obtener información de diversas fuentes, verbales, no verbales y de exploración física, procesar esta información, elaborar y proponer de forma inteligible para el paciente un plan diagnóstico y terapéutico, acordar dicho plan, ayudar a tomar una decisión, planificar el seguimiento consecuente y por último, cerrar la entrevista sobre todo con seguridad para el paciente aunque también para el propio médico.

La exploración física, comienza cuando el paciente entra en la consulta, cuando el médico le ve y estudia su aspecto, su conducta, su estado emocional y sus limitaciones físicas y mentales, no solo se presta estrecha atención al significado manifiesto de lo que dice, sino de los indicios no verbales. Observar ya es explorar, escuchar también lo es. La exploración física dura toda la entrevista, es una parte más del acto clínico relacional una faceta subordinada del mismo acto discursivo[1].

Por tanto, aunque, con fines académicos y docentes, podemos dividir la entrevista en fase exploratoria (aquella en la que el médico obtiene la información) y fase resolutiva (cuando el médico ha procesado la misma y la devuelve al paciente con un plan de acción) y podamos pensar que la exploración física debe incluirse en la primera parte, en la que se obtienen datos semiológicos, a lo largo de toda la entrevista, incluida la exploración física, puede aparecer, una clave informativa, que nos obligue a reabrir la fase exploratoria, por lo que esta no concluye hasta que el medico no está seguro de tener una idea de lo que le sucede al paciente.

Por ello, la flexibilidad del médico para cambiar los objetivos de su entrevista, si la información que va obteniendo en el transcurso de la misma lo requiere, es una de las competencias o cualidades más importantes que debe tener.

Dado que la exploración, además de un acto técnico, pertenece al acto relacional de la consulta, el médico debe procurar crear y conservar a lo largo del ó de los actos clínicos que el paciente le requiera, también en la exploración las condiciones que Rogers[2] propuso como necesarias para que la relación de ayuda sea terapéutica: Empatía, respeto y honestidad.

Abordaremos a continuación como pueden manifestarse la empatía y el respeto en la exploración física.

Empatía

La empatía, es la cualidad del profesional que abre de manera más clara la comunicación humana y debe estar presente en toda la entrevista clínica El profesional la expresará transmitiendo al paciente que comprende sus emociones, acercándose a el con su palabra o con la conducta,

En la exploración física, la empatía, puede manifestarse de forma más concreta a través de la empatía corporal, tocando esa parte dolorida, tocando suavemente a un anciano que se siente rechazado en esta etapa de su vida, como aceptación de la corporalidad de la persona, como reconocimiento físico del problema.

Podríamos poner muchos ejemplos de cómo el profesional puede mostrar empatía en este acto tan privado y tan íntimo de la exploración física, Candib[3] expresa como tocar las partes del cuerpo que duelen, sean las causas del dolor de origen físico o psicológico, en el cuerpo que habla de sufrimiento, es en si mismo terapéutico, por esa aceptación genuina e incondicional del profesional hacia su semejante al que quiere ayudar.

En una sociedad globalmente enferma en la que el cuerpo ha sido denostado como elemento de pecado por las diferentes religiones, la medicina por su parte, ha relegado el contacto físico al contacto en un medio aséptico, distante y frío, en palabras de la socióloga Isabel Aller[4] la vuelta al valor del cuerpo, a tocar, "acariciar exploratoria y terapéuticamente" el cuerpo de los pacientes es una propuesta para recuperar el poder curativo ó sanador del acto clínico.

Respeto

El médico transmite respeto por el paciente cuando le permite vestirse y desvestirse en privado, cuando le cubre con una sábana, cuando le permite estar cómodo y le pregunta por ello, no comenzando a explorarle hasta que lo esté. Respeta asimismo, cuando evita comentarios o expresiones faciales que el paciente pueda interpretar como indicio de inquietud ó perplejidad, cuando está atento a los signos de fatiga o malestar del paciente, cuando explora con suavidad y si es preciso profundizar y dicha maniobra puede molestar, cuando avisa al paciente de lo que va a hacer, cuando le garantiza explícitamente la confidencialidad.

Otra forma de respetar y ayudar al paciente es pedirle lo que necesitamos hacer en términos: "Ahora necesito… para ello le ruego que…" y agradecérselo

El esfuerzo del médico por crear un espacio de seguridad en la exploración favorece que la persona que se somete a ella se sienta menos vulnerable.

Si la propuesta de relación terapéutica que ha demostrado mejores resultados en satisfacción, adherencia terapéutica, disminución de litigios y en salud es la relación clínica centrada en el paciente[5], este modelo de atención se refleja en la práctica cuando en la exploración física, el médico observa los signos que emite el paciente respecto a los límites individuales del acercamiento que ese paciente concreto le transmite, para ello el médico explorará estos límites previamente, solicitándole permiso para las diferentes maniobras exploratorias a realizar, retirándose sin culpabilizar y posponiendo para otra ocasión más oportuna, las que no sean aceptadas en ese momento, normalizando la situación mientras se continua trabajando la relación de confianza.

Suele ocurrir que un médico cordial y atento sea delicado en la manipulación del cuerpo de su paciente, pero no todos los médicos lo son y ni siquiera son conscientes de ello. Los estudiantes y residentes aprenden de sus modelos y entre ellos la variedad en la competencia relacional en la exploración física es muy amplia. La formación en exploración física general debería incluirse como un entrenamiento práctico completo en el currículo de los estudiantes y de los MIR y no dejarla al azar ni únicamente separada por aparatos En este sentido llama la atención, al revisar los últimos libros de la especialidad de MF que se

han editado en España (Guías de A. Primaria, Tratado de MF, Martín Zurro, y el mismo programa de la especialidad recién revisado), como la exploración física está precisamente segmentada en los apartados correspondientes de las enfermedades y problemas de salud. Aunque esta parte de la Medicina debe aprenderse en el pregrado, es en la formación postgrado, cuando el médico atiende por primera vez a pacientes, debe lograrse un aprendizaje que garantice la adquisición de unos hábitos técnicos y relacionales del acto exploratorio adecuados par toda la vida profesional. Quizás sería un buen momento de aprenderlo de una forma global en el momento en que los residentes/estudiantes aprenden la entrevista clínica y la comunicación, si queremos una formación holística, quizás tengamos que diseñar actividades docentes que engloben la entrevista y la exploración física, como decíamos al principio, dentro del mismo acto discursivo y por tanto docente.

Bibliografía

1. Borrell F. La exploración física orientada a problemas. Aten Primaria. 2002;90:32-45.
2. Rogers C. El Proceso de convertirse en persona. Barcelona: Paidos; 2002.
3. Candib L. El sufrimiento humano a través de la Historia. (Conferencia) II Conferencia Internacional de Comunicación y Salud. Barcelona. Octubre 2000.
4. Aller I. La relación terapéutica en una sociedad globalmente enferma. Conferencia inaugural. XVIII Congreso Nacional de Comunicación y Salud. Zafra (Badajoz), Abril 2007.
5. Stewar M, Brown J, Donner A, Mc Winney I, Oates J, Weston W et al. The impact of Patient- Centered care on Outcomes. J Fam Pract. 2000;49:796-804.

La exploración física en el proceso enseñanza-aprendizaje

V. Casado Vicente

La Medicina es el arte de las probabilidades y una ciencia de la incertidumbre (William Osler)

El examen clínico constituye el eje central de nuestra relación asistencial y es para el médico de familia una de sus herramientas más valiosas. Como nos recuerda el Prof. Mangione, con el que tenemos el privilegio de compartir mesa, "los grandes genios del diagnóstico físico junto al lecho del enfermo en el siglo XIX estaban apasionadamente interesados en cada ser humano. La mayoría de ellos fueron humanistas, amantes del arte, de la literatura, viajeros, historiadores, poetas… interesados en cualquier campo que pudiera enriquecer el espíritu humano. Por lo tanto rejuvenecer el diagnóstico físico puede requerir revivir ese valioso eslabón entre el arte y las ciencias médicas".
La anamnesis y la exploración física se sustentan sobre los conocimientos médicos, la habilidad comunicativa, el juicio crítico y el razonamiento clínico y constituyen componentes esenciales de la competencia clínica, en un contexto de valores y compromisos profesionales, humanismo, profesionalidad y ética. Estos elementos son la verdadera esencia de la buena práctica clínica. Las técnicas de examen clínico se deben enseñar y deben ser aprendidas con rigor.
Hay que resaltar que se precisa una metodología específica para afrontar con éxito el proceso de enseñanza-aprendizaje de las técnicas de exploración. Básicamente, se trata de conseguir adquisición de habilidades y los métodos más adecuados son los llamados "experienciales" que incorporan la observación, el feedback y el ensayo de las técnicas de exploración física. El entrenamiento se completará con el aprendizaje de los conocimientos y actitudes necesarias. Hay múltiples motivos para promover la enseñanza del examen físico: su efectividad y eficiencia, la posibilidad de hacer observaciones en serie que no implican gasto alguno excepto el valor del tiempo, la detección temprana de signos cardinales, la selección inteligente y bien dirigida de la costosa tecnología diagnóstica y el valor terapéutico del contacto físico entre médico y paciente.
El programa de la especialidad (2005) describe entre los objetivos de la atención al individuo que:
El médico residente, al finalizar su periodo de formación, demostrará y/ será capaz de:

- Realizar una anamnesis detallada y dirigida al cuadro clínico que presente el paciente.
- Realizar la exploración física completa y competente en función del cuadro clínico.
- Valorar y escoger la mejor estrategia diagnóstica.
- Interpretar los exámenes de laboratorio básicos.
- Interpretar el estudio radiológico y electrocardiográfico básico, si precisa.
- Indicar las medidas higiénico-dietéticas oportunas.
- Indicar las medidas farmacológicas oportunas.
- Valorar efectos secundarios e interacciones farmacológicas.
- Indicar la pauta de los controles evolutivos.
- Indicar la derivación al especialista del segundo/tercer nivel.
- Valorar la necesidad y oportunidad de realizar actividades de prevención y promoción de la salud atendiendo a las recomendaciones de los grupos de expertos nacionales e internaciones y valorar la necesidad de cuidado paliativo si es preciso.
- Mantener el enfoque biopsicosocial y considerar y abordar el contexto familiar y social, englobando la atención en su domicilio y en la comunidad, la utilización de recursos.

Pero una lectura detenida de estos objetivos nos confronta a cuatro elementos: exploración física completa y competente en función del cuadro clínico y a valorar y escoger la mejor estrategia diagnóstica. Es decir parece que hay dos determinantes de la exploración para un médico de familia: el cuadro clínico del paciente y la decisión de la competencia de la intervención y de su valor en la estrategia diagnóstica. Y por lo tanto da la impresión que al igual que la historia clínica de Atención Primaria tiene connotaciones diferentes a la historia clínica en el hospital, el examen clínico y concretamente la exploración física también puede tenerlo.
En primer lugar y antes de seguir es conveniente analizar los determinantes de la consulta de Atención Primaria para valorar la importancia de que la exploración física esté centrada en el paciente, en el contexto, en el síntoma, en la eficiencia, en la evidencia. Una de las características esenciales del proceso de toma de decisiones en Atención primaria es que se produce en un contexto de incertidumbre, en un clima de confianza y conocimiento mutuo, determinado por la continuidad de la atención, con múltiples motivos de consulta por persona, de diferente esfera y con predominio de situaciones clínicas todavía no reductibles a una categoría específica, el factor tiempo pero también la presión menor para establecer un diagnóstico inmediato en múltiples consultas (por su diferente probabilidad a priori de paciente grave, pero que sin embargo debe ser detectado por Atención Primaria).
Aunque Sackett en su capitulo sobre estrategias del diagnóstico clínico nos recuerda que la estrategia de exhaustividad es el método del novicio y es abandonada con la experiencia. Para el clínico experimentado el método exhaustivo es como el apéndice: un vestigio innecesario y a veces doloroso. Sackett sostiene, aunque explica, la paradójica posición de que todos los estudiantes y residentes de medicina deberían ser enseñados en cómo hacer una historia y un examen físico completos y una vez que ellos han dominado sus componentes, no hacer nunca ninguna. Sostiene que deben ser entrenados en la historia y examen físico completo que son la suma de todo un conjunto de subrutinas que lo abarca todo, cada una de las cuales puede (si son realizadas e interpretadas correctamente) suministrar una prueba clave de una o más hipótesis de trabajo. Necesitamos conocer todas estas subrutinas y manejarlas perfectamente de modo qué podamos, selectiva y eficazmente, conectar cada una de ellas cuándo y dónde las necesitamos.
Por lo tanto la clave está en varios puntos:

1. Por un lado:

- Conocer el examen físico exhaustivo.
- Conocer las subrutinas que determinan este examen físico.
- Saber seleccionar los más eficientes y competentes en cada paciente y situación clínica.
- Y saber, por lo tanto, gestionar qué exploración realizar y con qué objetivos.

2. Pero también por otra parte existen múltiples rutinas y subrutinas del examen físico que tienen una baja validez diagnóstica. Los clínicos sabemos, aunque en ocasiones repetimos, qué hay exploraciones que tienen una baja sensibilidad y una baja especificidad. Por esta razón ha

surgido hace unos años el interés por validar, refinar y en ocasiones rechazar los métodos y signos tradicionales. Hay grupos interesados en este aspecto del diagnóstico físico y la revista JAMA publica una serie de artículos altamente interesantes en relación al examen clínico racional. http://jama.ama-assn.org/cgi/collection/ rational_clinical_exam?page=4.

De cualquier manera es interesante destacar la diferencia de interés en investigar estos aspectos que despierta el diagnóstico físico si se compara con el interés que despierta buscar evidencias en relación a la terapéutica "farmacológica" (que no la "no farmacológica" que comparte el mismo nivel de interés que el primero).
Por lo tanto los médicos de familia docentes nos debemos plantear qué debemos enseñar a nuestros estudiantes y a nuestros residentes:

- La relación asistencial como marco del examen clínico.
- El examen físico exhaustivo.
- Las rutinas y subrutinas según los síntomas del paciente. La gestión del examen físico centrado en el paciente.
- La variabilidad de la práctica clínica y las estrategias para gestionarla.
- La MBE como instrumento para la gestión clínica: guías de práctica clínica. Toma de decisiones, evaluación de la práctica, análisis coste-efectividad.
- La MBE centrada en el paciente.

Y también como los debemos enseñar y cómo lo debemos evaluar
En el grado estos conocimientos deben ser incluidos indefectiblemente y el EEES está marcando una serie de líneas interesantes. Se ha pasado de una etapa "PRE-EEES", que venía definida por "Estudiar mucho, pocos años y trabajar toda la vida" y dónde lo importante eran los contenidos de conocimientos, lo que enseña el profesor, que debe tener exhaustivos conocimientos, el alumno debe asistir a las clases magistrales y se evalúa la capacidad de memorizar conocimientos. En este modelo son accesorias las competencias profesionales, las habilidades clínicas, profesionales y sociales y las actitudes. Se llega a una etapa "EEES" que se define por "Estudiar toda la vida, para trabajar toda la vida", dónde lo importante es Aprender a aprender y a localizar y procesar las informaciones, lo que aprende el alumno y el trabajo que realiza, habilidades y actitudes profesionales y sociales, profesor con habilidades y actitudes docentes y evaluar las competencias profesionales. En este modelo es subsidiario la memorización de conocimientos de caducidad corta y especializados. Es decir que se propone en este modelo un cierto avance en la pirámide de Miller dónde no sólo es importante adquirir conocimientos sino "demostrar y hacer". Y a este avance no es insensible la LOPS que propone que se evalúen en el examen MIR no sólo conocimientos teórico-prácticos sino habilidades comunicativas y clínicas.
Es decir que el grado debe incluir esta formación y esta debe ser adquirida a través de diferentes asignaturas y una de ellas debe ser una asignatura troncal de Medicina Familiar y Comunitaria o a través de un grado integrado o mejor aún de un grado basado en la resolución de problemas en el que participen médicos de familia y a través del "practicum" con peso suficiente en cuanto a créditos en ambos niveles (30 al menos en Atención Primaria), dónde el aprendizaje del examen clínico sea nuclear y dónde se demuestre mediante evidencias la adquisición de la competencia.
La metodología que se aconseja para el aprendizaje del examen clínico ha de basarse en la combinación de todas las técnicas y posibilidades: autoaprendizaje dirigido, aprendizaje de campo tanto en hospital como en Atención Primaria, cursos, talleres y el trabajo grupal.
En estas áreas la tutorización directa tanto en la etapa de grado como la de postgrado por parte del tutor o del responsable del área será la forma más adecuada de valoración del grado de adquisición de los objetivos, aunque se recomienda que se incluyan en esta metodología instrumentos objetivos y estandarizados. No hay que olvidar la gran utilidad que pueden tener otras formas de evaluación como la presentación/discusión de casos, técnicas de videograbación, auditorías y auto-auditorías (self-audit) de historias clínicas, revisión de registros clínicos, Audio y Videograbaciones, incidentes críticos, Evaluaciones externas (pacientes, colegas…), resultados de pruebas de competencia (ECOE, pacientes simulados…). La guía de práctica reflexiva del Libro del especialista en Formación recomienda la presencia de tareas que evalúen el examen clínico todos los años de residencia.
A pesar de los avances incuestionables realizados en los últimos años, es innegable la labor que tenemos por delante los médicos de familia para seguir definiendo estos aspectos de nuestro cuerpo doctrinal: Cuáles son las subrutinas y de estas las más eficientes de examen clínico por proceso y por síntomas centrados en el paciente.
Y esto tiene dos fuentes para seguir obteniendo respuesta: investigación y experiencia clínica.

Certificación y acreditación de la calidad en centros de Atención Primaria: ¿y después qué?

Moderador:

G. Tamborero Cao

Médico de familia. Centro de Salud del Coll d'en Rebassa, Palma de Mallorca. Ex-director de Planificación y Coordinación Asistencial del Server de Salut de les Illes Balears (IB-Salut).

Ponentes:

M. Caldentey Tous

Médico de familia. Coordinador del Centro de Salud del Coll d'en Rebassa, Palma de Mallorca. (Centro con certificación ISO 9001:2000 y EFQM).

J. Gené Badia

Médico de Familia. Consorci d'Atenció Primària de Salut Eixample (CAPSE), Barcelona. Doctor en Medicina. Ex-Director de Atención Primaria del ICS.

I. Berraondo Zabalegui

Médico de Familia. Jefe de la UAP de Billabona, Guipúzcoa. Ex-Subdirector de Atención Primaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Resumen de la intervención

G. Tamborero Cao

Tradicionalmente se ha señalado la mejora de la calidad como una de las metas a alcanzar en Atención Primaria. Esta aseveración teórica, poco discutible, presenta importantes dudas cuando pretendemos su implantación real.

Un primer aspecto a considerar es la carencia de un modelo/sistema de mejora de la calidad, considerado como válido de forma unánime, para ser aplicado en Atención Primaria. De ahí, la multiplicidad de modelos que a lo largo de los tiempos se han aplicado en muestro medio (EFQM, Joint Commission, ISO…), sin poder ser considerado ninguno de ellos como ideal.

Asimismo, es trascendente la parcialidad de los modelos: ninguno contempla de manera global y de forma satisfactoria la amplitud de espectro de las prestaciones y servicios de Atención Primaria. Probablemente, su diseño y origen pensado para otros ámbitos empresariales distantes de la Atención Primaria, está en la base de este problema.

Un tercer aspecto que dificulta la mejora de la calidad, es la heterogeneidad de los centros de Atención Primaria (tanto en el perfil de los profesionales que los integran como en la madurez de sus sistemas de gestión) y las graves dificultades de nuestra Atención Primaria (déficit de recursos, escasez de incentivos…). De forma muy gráfica, si consideramos que los sistemas de calidad son la "guinda" que adorna el pastel de la Atención Primaria, debemos reflexionar sobre si realmente disponemos del pastel adecuado donde colocar la cereza de la calidad.

Por último, al iniciar experiencias sobre calidad en Atención Primaria, estamos sometidos al uso potencialmente perverso de las mismas: utilización exclusiva como elemento de marketing por nuestros directivos, abandono del proyecto a mitad de camino, confusión de los medios con el fin…

En definitiva, si llegamos a superar el tortuoso pero atractivo camino que nos lleva a implantar experiencias de mejora de la calidad en Atención Primaria –meta perfectamente alcanzable, como podemos ver a lo lar largo de la mesa-, surge una postrera pregunta: una vez implantados los sistemas de calidad: ¿después qué? Éste es el reto central que los ponentes de la mesa abordarán.

Si logramos aplicar de forma coherente sistemas de mejora de la calidad en nuestros centros y podemos responder al ¿después qué?, estamos contribuyendo a alcanzar una Atención Primaria más eficiente y más satisfactoria para nuestros ciudadanos y profesionales.

Bibliografía

Gené J, Jodar G, Peguero E, Contel JC, Moliner C. The EFQM excellence model is useful for primary health care teams. Family Practice. 2001;18:407-9.

Marquet Palomer R. Calidad en atención primaria: diez años de errores de los que aprender (o sólo el que anda tropieza). Cuadernos de Gestión. 2000;1:1-3.

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, marzo 2006.

Sergio Minué Lorenzo y Fernando Silió Villamil. Gestión de calidad en Atención Primaria. Acreditación, profesionales y práctica clínica. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2002 (Monografías EASP, 34).

Saura Llamas J, Saturno Hernández PJ. Calidad Asistencial en Atención Primaria. Biblioteca Básica Dupont Pharma para el Médico de Atención Primaria. Madrid: Ediciones Doyma, 1996.

Implantación de un sistema de calidad normalizado ISO 9001:2000 en un centro de salud, impacto para la Atención Primaria

M. Caldentey Tous

El centro de salud Coll d'en Rebassa es un centro urbano docente que atiende a 26100 usuarios, la plantilla está formada por 13 médicos de familia, 4 pediatras, 1 ginecólogo, 12 enfermeras, 1 comadrona, 2 auxiliares de enfermería, 1 asistente social, 9 administrativos. El centro de salud cuenta con dos Unidades Básicas: Can Pastilla y El Molinar (recientemente inaugurada).

La calidad ha sido, desde hace años, una línea de investigación y de actuación en el centro de salud Coll d'en Rebassa, Se inició creando una comisión de calidad, la cuál estaba formada por profesionales de todos los estamentos y realizando reuniones periódicas, en los que iban detectando debilidades y proponían medidas de mejora. Tras haber estado años trabajando en esta línea, surgió la idea de organizar todo lo hecho en base a una normativa. Se decidió, tras analizar diferentes tipos, la norma Internacional Standard Organization (ISO) y optar a la certificación oficial por parte de una entidad externa.

Se presentó a todos los miembros del centro de salud y se decidió por unanimidad presentar la solicitud de implantar la norma Internacional Standard Organization (ISO) a la gerencia de atención primaria (GAP) de Mallorca mediante el contrato de gestión, tras contactar con una empresa auditora y presentar un presupuesto. La GAP junto con la Conselleria de Salud aceptaron la solicitud. Se inició el trabajo con una reunión semanal de 3 a 5 horas de duración del equipo directivo del CS, la empresa y un representante de la GAP.

Se realizó un curso de 3 horas por parte de la empresa a todos los profesionales del centro y se pasó una encuesta del conocimiento del ISO a cada uno.

Se realizó en primer lugar el mapa de procesos, posteriormente se dividieron en 43 procedimientos que se representaron mediante flujogramas, siendo asignado cada uno al profesional/es responsable de cada procedimiento. Se decidió representar cada procedimiento mediante un flujograma con los anexos correspondientes. El equipo directivo revisó y aprobó cada uno de los flujogramas y al mismo tiempo fue elaborando el manual de calidad, el manual organizativo del centro, funciones del personal, indicadores y objetivos. Se elaboró la organización de los registros y se realizó la auditoría interna y posteriormente la auditoría externa y se obtuvo el pasado 7 Julio de 2006 la certificación ISO 9001/2000 de todo el centro de salud Coll d'en Rebassa y la Unidad Básica Can Pastilla.

La participación de casi el 100% de los profesionales del centro, el apoyo de la administración y de la empresa han sido y son fundamentales para la implantación de la norma ISO, además de cambiar circuitos antiguos y obsoletos por circuitos más modernos y actualizados.

Principales resultados obtenidos

Formación en calidad para todos los médicos de familia, además de formación especializada a nivel superior en ISO-EFQM para tres profesionales.

Investigación: inicio de línea de investigación estable sobre calidad-ISO, con presentación de 20 comunicaciones (en congresos nacionales e internacionales), artículos y edición de un libro.

Incentivos: 4 días libres, más incremento de días de docencia.

Cambios culturales (consideración de la calidad como elemento intrínseco del trabajo diario).

La certificación ha generado numerosos beneficios para los profesionales del centro de salud, algunos difíciles de tangibilizar. Destacamos las sinergias entre los profesionales del centro de salud, entre los profesionales y la Gerencia, además de una potente línea de investigación y el excelente poder motivador.

Bibliografía
1. Casadesus M, Giménez G. The benefits of the implementation of the ISO 9000 standard: empirical research in 288 Spanish companies. The TQM Magazine. 2000;12:432-41.
2. de la Villa M, Ruiz M, Ramos I. Modelos de Evaluación y Mejora de Procesos: Análisis Comparativo. En: Medición para la gestión en la ingeniería del software. J.J. Dolado y L. Fernández (coordinadores). Editorial Ra-Ma, 2000 (www.sc.ehu.es/jiwdocoj/remis/docs/DelaVillaadis2004.doc)
3. Paino Ortúzar M, Berraondo Zabalegui I, Sánchez González E, Darpón Sierra J. Experiencia de certificación con normas ISO 9000 en centros de Atención Primaria. Cuadernos de Gestión. 2002;3:106-14.
4. Blanquer Gregori J, Gálvez Candel P, Gutiérrez López S, Soriano Clemor C, Fluixa Sendra X, Montiel Higuero I. Experiencia de certificación con normas ISO 9002:98 de alcance global en un centro de Atención Primaria. XV Congrés de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària (SVMFYC). Peñíscola (Castelló). 22-23 maig 2003. Revista Valenciana de Medicina de Familia. 2003;12:110.

Acreditación y calidad en Cataluña. Un conjunto de iniciativas individuales

J. Gené Badia

En los ochenta, el gobierno de Cataluña fue pionero en la introducción de mecanismos de acreditación de hospitales. La estrategia, respondía seguramente a la necesidad de contratar un gran número de centros que trabajaban para el sector público pero que no estaban directamente gestionados por la Generalitat. Probablemente por el mismo motivo, no ha han existido estrategias de acreditación de centros de atención primaria. La proporción de centros no gestionados por el Insitut Català de la Salut (ICS), era mínima hasta finales de los noventa. A pesar de todo, encontramos algunas experiencias destinadas a introducir mejoras en los servicios de atención primaria con técnicas de calidad[1] que surgieron respondiendo a indicativas individuales de los profesionales, tan ligadas a las personas que muchas de ellas desaparecieron por cambios laborales de los que las impulsaron. Estas actividades se reforzaron por el apoyo de algunos directivos comprometidos y por los cursos y premios a la calidad promovidos por la Fundación Avedis Donavedian y el CIDEM. La primera, una fundación privada impulsora de la calidad asistencial y el segundo, un organismo, dependiente de la conserjería de Industria que premia anualmente a cuatro empresas catalanas que se destacan por su contribución a la calidad. El año 1998, el Equipo de Atención Primaria de Castelldefels, fue la primera entidad pública y la primera empresa sanitaria que accedía a este reconocimiento[2]. Por su parte los profesionales de los equipos de atención primaria de Tarragona y Reus fueron repetidamente galardonados a principios de los dos mil por la Fundación Avedis Donavedian. Podemos agrupar los proyectos de calidad en dos grandes tendencias, la primera mayoritaria vinculada al modelo Europeo de Calidad EFQM (European Foundation Quality Management) y la segunda basada en la acreditación por la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organitations* (JCAHO).

1. El EFQM, que promueve un modelo de gestión basado en la calidad y la excelencia, ha inspirado la experiencia pionera de la Mina[3], mantenida durante más de quince años, la de Castelldefels[2], y ha guiado la introducción de políticas de evaluación y calidad en el ICS[4-8]. Su popularidad se atribuye a su flexibilidad en la aplicación, los premios, la inercia generada por algunos directivos del ICS y la necesidad de cumplir los indicadores del contrato con el Catsalut.
2. Otro abordaje de la calidad se ha centrado en las acreditaciones[9] cuyo prototipo más representativo es el de la Agencia de Acreditación de Estados Unidos JCAHO. El equipo de atención primaria del ICS de Salou que contaba desde 1995 una comisión de calidad, fue propuesto por su gerencia para participar en una experiencia de acreditación en calidad según los estándares de la JCAHO. A partir de aquel momento iniciaron un proceso de mejora continua que todavía perdura. El equipo ha sido objeto de reacreditación este mismo año.

En Cataluña la calidad ha surgido de abajo hacia arriba pero las indicativas fueron excesivamente vinculadas a la persona. Ha faltado un compromiso institucional al más alto nivel y el desarrollo de macro-políticas de calidad. Tanto el modelo EFQM como la política de acreditación por la JCAHO han aportado experiencias exitosas.

Bibliografía
1. Davins J, Avellana, Marquet R. Mejora de la calidad en atención primaria: experiencia de cuatro años de un programa de mejora continua de la calidad. Aten Primaria. 1995;16:80-4.
2. Gené J, Jodar G, Peguero E, Contel JC, Moliner C. The EFQM excellence model is useful for primary health care teams. Family Practice. 2001;18:407-9.
3. Davins, Calvet S, Pareja C. Experiencia del plan de mejora de la calidad del Centro de Salud La Mina (1989-2004). Aten. Primaria. 2006;38:501-5.
4. Gené J. "De la autogestión a la dirección clínica". Aten Primaria. 2001;28: 149-50.
5. Grupo de trabajo del Proyecto de Dirección Clínica en la División de Atención Primaria del Institut Català de la Salut. *Cuadernos de Gestión* para el profesional de atención primaria. 2001;7:65-72.
6. Gené J. Macrogestión de la atención primaria inspirada en un modelo de calidad total: la experiencia del ICS. *Cuadernos de Gestión* para el Profesional de Aten Primaria. 2002;8:192-6.
7. Gené J, Marzo M. La direcció clínica en l'atenció primària. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitàri*. 2003. número 37. 29-32
8. Gené J, Escaramis G, Sans M, Sampietro L, Aguado F, Cabezas C, de Puelles P. Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. Health Policy. 2007;80:2-10. Epub 2006 Mar 20.
9. Jodar G, Gené J. Acreditación de la calidad asistencial. Med Clin (Barc). 2002;118(Supl 3):42-4.
10. Palacios L, Hernández N, Gens M, Anglés T. Experiencia de Acreditación de Calidad en un Centro de Atención Primaria. Todo Hospital nº 224 marzo 2006.

Análisis crítico de las experiencias en calidad en Atención Primaria en Euskadi. Futuro de la calidad en Atención Primaria en España

I. Berraondo Zabalegui

En la CAPV se han desarrollado hasta la fecha dos aproximaciones diferentes pero complementarias a la gestión de la calidad:
Por una parte, y como en otros sectores (educación, industria...) se ha impulsado el *modelo europeo EFQM* de excelencia en la gestión como paradigma de marco de referencia para la mejora continua. De hecho, de las 7 comarcas sanitarias de Atención Primaria que hay en la CAPV, seis se han presentado a evaluación externa del modelo de gestión. 5 de ellas han obtenido el reconocimiento de la Q de plata (400 puntos en la evaluación externa) y una comarca ha obtenido el pasado año la Q de oro (500 puntos). Este reconocimiento ha sido otorgado por EUSKALIT; Fundación Vasca para la calidad (http://www.euskalit.net/) después de una exhaustiva auditoría externa. No cabe duda de que la implantación del modelo ha tenido la virtud de enfocar el esfuerzo de las gerencias de comarca de AP hacia la mejora continua. Sin embargo este modelo ha tenido poca presencia efectiva a nivel de los centros de salud que se han encontrado muy alejados del día a día de la actividad que se desarrollaba en las gerencias en la implementación de los diferentes criterios del modelo EFQM. En principio, este modelo sería un buen marco de referencia para la gestión de la calidad en AP. Los centros de salud pueden considerarse como minifábricas con procesos de atención y de gestión muy similares. Cada una de estas minifábricas contribuye de forma autónoma con sus resultados a los de la Gerencia de comarca y las áreas de mejora e innovaciones identificadas en cada centro de salud deberían ayudar al conjunto de la comarca en el desarrollo de la mejora continua. Sin embargo, la realidad es que los centros de salud son estructuras muy inestables que no solo presentan diferencias sustanciales entre ellos sino que estas diferencias se presentan en un mismo centro de salud en periodos de tiempo muy cortos.
Por otra parte, los centros han sido muy poco permeables a un despliegue de arriba hacia abajo del modelo con poca participación de los profesionales de base. De hecho, aunque en la CAPV se ha desarrollado un instrumento de autoevaluación en el despliegue del modelo que puede ser muy útil para un centro de salud, son contados los centros en los que se ha completado un ciclo de evaluación. En cualquier caso el desarrollo del modelo ha permitido a las gerencias conceptualizar y operacionalizar de forma efectiva el desarrollo de la mejora continua.
Por otro lado, de forma complementaria, en la CAPV se ha profundizado en la certificación ISO de los sistemas de gestión de calidad en numerosos centros de salud. El proceso de certificación se ha desarrollado a dos niveles:
Área de Atención al Cliente (AAC); que persigue como objetivo desarrollar un sistema de gestión de la calidad (SGC) de los procedimientos administrativos y de atención en ventanilla a los usuarios de los centros de salud.

Alcance total de la actividad asistencial y no asistencial de un centro de salud; que persigue desarrollar un SGC de la actividad de un centro en su conjunto incluidos los procesos asistenciales.
El modelo de certificación del SGC ha sido desde el inicio un proyecto desarrollado desde los centros de salud. Al contrario que el despliegue del modelo EFQM que se ha realizado de arriba hacia abajo, en este caso las características del sistema han sido definidas desde los centros de salud por los profesionales de los centros. El despliegue de los SGC ha sido desigual:

- Cerca del 70% de los centros de salud de la CAPV, tienen certificados sus AAC por una entidad externa (AENOR), lo que significa que estos centros controlan los procesos derivados de la actividad en las áreas administrativas, que han desarrollado un modelo de ventanilla única y que monitorizan los indicadores que proporcionan información sobre la calidad de la atención a los pacientes del centro.
- El desarrollo del SGC para abarcar los procesos asistenciales y no asistenciales de un centro ha tenido un menor despliegue, tal vez por requerir la implicación de la mayor parte de los profesionales de un centro y posiblemente también por requerir un mayor esfuerzo en el despliegue del sistema de gestión.

El modelo de certificación ISO ha supuesto para los jefes de unidad un modelo útil para la gestión de la Unidad y un buen marco de referencia para establecer el diálogo con las gerencias a través de las revisiones por la dirección y el desarrollo de planes de mejora de forma sistematizada. No obstante se ha comportado como un modelo dependiente del compromiso de los profesionales de referencia del centro y por ello demasiado sensible a los cambios de personas. Por otra parte ha implicado una carga burocrática no despreciable que aunque el propio desarrollo de la experiencia ha conducido a la definición de un sistema con mucha menor carga burocrática, constituye uno de los obstáculos para su despliegue definitivo. Finalmente, para los jefes de las UAP, ha significado un mayor esfuerzo y tiempo de dedicación a las tareas de gestión.
No hay duda de que el desarrollo de ambos modelos de gestión es complementario. De hecho el modelo de certificación ISO se centra en la gestión de los procesos que constituye el elemento nuclear del modelo EFQM. Probablemente este último por sus características tiene una mayor utilidad para los niveles medios de gestión (comarcas sanitarias). El despliegue de los sistemas de gestión de los procesos operativos asistenciales o no, tiene una dimensión de orden práctico y es más útil para la microgestión.
El reto en ambos casos es aproximarse a la cultura clínica e incorporar sistemas de medición que informen de forma efectiva de la calidad de la actividad asistencial y que ayuden a definir áreas de mejora continua en el aspecto central de la misión del nivel de AP.
En este camino hay tres áreas de trabajo:

- La informatización de la historia clínica de manera que pueda obtener información de la performance tanto individual como a nivel de centro.
- La conversión de las recomendaciones de las guías de práctica clínica basadas en la evidencia en indicadores sensibles al cambio de la práctica clínica en la dirección correcta.
- La traducción de los resultados de la práctica clínica individual en reconocimiento de los profesionales, lo que implica diferenciar la aportación individual a la mejora continua.

Por lo que se refiere al primer punto, en la CAPV se ha avanzado en sistemas de información que actualmente permiten diferenciar el nivel de consecución de objetivos a nivel individual. Se ha avanzado asimismo en la adaptación de un sistema de case-mix (ACGs) que sirva de ayuda para explicar la variabilidad asociada a las diferentes cargas de morbilidad de cada profesional.
En relación a las recomendaciones de buena práctica clínica el camino seguido hasta ahora es probablemente confuso. Basándose fundamentalmente en el consenso entre profesionales se han definido los criterios de buena práctica clínica que definen una asistencia de calidad desde el punto de vista profesional. El resultado es un excesivo número de criterios que en su conjunto definen una cartera de servicios con condiciones de calidad que tienen más que ver con el registro de realización de actividades que con las evidencias clínicas.
Por ello, a corto plazo será esencial definir los criterios de buena práctica clínica con arreglo a las evidencias disponibles. Este es un paso imprescindible para el desarrollo de indicadores que midan efectivamente la contribución de la actividad asistencial a la mejora de la salud de la población asignada. De alguna manera se trata de analizar:

1. La pertinencia de la intervención: Nivel de evidencia o calidad de las pruebas que soportan la efectividad de una intervención determinada. Impacto potencial de la intervención en la salud del paciente.
2. Factibilidad o necesidad del registro para el manejo del paciente: Cuando se trata de registrar el diagnóstico, la necesidad del registro en la historia clínica es obvia. Pero además, cuando se interviene sobre un paciente es necesario reflejar también en la historia que la intervención en cuestión se ha realizado. Este registro evita someter innecesariamente al paciente a dicha intervención en repetidas ocasiones y dependiendo de la intervención sirve además para tratar y/o controlar mejor el problema de salud sobre el que se está interviniendo. Sin embargo en otras ocasiones el registro de una actividad no aporta valor a la historia clínica del paciente y por ello no debe ser exigible con la sola finalidad de la medición.
3. Posibilidades de medición adecuada, es decir que sea posible definir un denominador y numerador medibles de forma fiable.

Esta aproximación a la performance individual puede permitir enriquecer un sistema de gestión de calidad centrado en la actividad asistencial. A partir de ahí establecer mecanismos de reconocimiento y diferenciación de los diferentes niveles de desarrollo de la practica asistencial será una necesidad que debe ir mas allá de los actuales modelos de carrera profesional existentes en el estado.

Dependencia. Dilemas estratégicos en torno a su prevención

Moderador:

I. Martín Lesende

Médico de familia. Centro de Salud de Castro Urdiales, Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de semFYC, del Grupo PAPPS de Prevención en el anciano y del Grupo de Mejora de Atención a la Dependencia de la Consejería y Servicio Cántabro de Salud.

Ponentes:

J. Gómez Pavón

Geriatra. Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid. Representante de la Sociedad Española de Geriatría i Gerontología (SEGG).

G. Grandes Odriozola

Médico de familia. Epidemiólogo. Responsable de la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

M. Rodrigo Vicente

Trabajadora Social. Centro de Salud Laredo, Cantabria. Servicio Cántabro de Salud.

Introducción y presentación de la mesa

I. Martín Lesende

Aunque la dependencia puede aparecer a cualquier edad, es reconocida su mayor incidencia y prevalencia en personas mayores. Además, si bien se está dando una "compresión de la dependencia" (retardo en su edad de aparición a nivel poblacional, o lo que es lo mismo: alargamiento de la perspectiva de vida libre de discapacidad), el hecho de que sea claramente más frecuente en los muy mayores (más de 80 años), que es el sector de población que más está creciendo en la expansión demográfica, provocará un incremento del 10% de la tasa de dependencia en España[1]. Evitar la aparición de la dependencia es tanto o más importante que abordarla, y abordarla cuando es reciente y reversible es más efectivo que hacerlo cuando está claramente establecida. Ya que la "ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia" ha pasado de los servicios asistenciales sanitarios, al menos tenemos que hacer valer nuestro potencial e indudable protagonismo en la prevención de esta situación, en la cual creemos? fehacientemente[2].
Hay que dejar claras, de entrada, tres consideraciones:

- Potencialidad real de prevenir o retrasar la aparición de dependencia establecida. Un 50% de la dependencia aparece de forma progresiva, al menos un 50% de las causas que llevan a la dependencia son modificables, y existen estudios que demuestran un retraso en la dependencia a nivel poblacional[3].
- Reversibilidad de situaciones clínicas de alteración funcional, sobretodo cuando se detectan precozmente y se siguen de intervenciones adecuadas en contenido e intensidad.
- En consecuencia, un punto clave en la prevención de la dependencia es la selección e intervención sobre los ancianos de riesgo o frágiles, determinados en base a una pérdida precoz de la funcionalidad, o a factores predictores (de riesgo) de deterioro o eventos adversos de salud y dependencia[4,5].

A nivel global, desde un punto de vista clínico-asistencial, para evitar la dependencia debemos:

- Desarrollar y extender las actividades de promoción de la salud y preventivas, siendo la atención primaria clave en esta misión[6].
- Detectar y actuar adecuadamente sobre los ancianos frágiles y de riesgo. Este es un área todavía en desarrollo y con muchas incertidumbres, donde son fundamentales las actuaciones tanto de la atención primaria (muchos de los deterioros precoces funcionales se pueden detectar en la comunidad) como de otros niveles asistenciales (factores de riesgo como la hospitalización, polifarmacia, caídas…)
- Manejar adecuadamente los síndromes geriátricos y cuadros clínicos específicos o más prevalentes en esta población. Implica a todos los niveles asistenciales.
- Para que sea completo el abordaje de la dependencia, debemos también prevenir las consecuencias sobre los cuidadores.

Persisten interrogantes o dilemas en la prevención de la dependencia:
- ¿Qué estrategias clínicas son más efectivas y eficientes para prevenir la dependencia?
- ¿Cómo podemos hacer creer a nuestras instituciones este potencial?
- Habiendo actividades preventivas que han demostrado su utilidad en base a la evidencia científica, ¿qué obstáculos existen para que no se implanten adecuadamente?, ¿cómo mejorar?
- ¿Se atiende suficientemente a los cuidadores informales?, ¿qué efectividad tienen nuestras intervenciones sobre ellos?

¡Nuestro futuro puede estar en nuestras propias manos!.

Bibliografía

1. Bases demográficas, estimación, características y perfiles de las personas en situación de dependencia. En: Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Libro Blanco. Atención a las personas mayores en situación de dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2005; págs.: 19-92. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/documentos/libro-blanco-dependencia.html
2. Martín Lesende I. Dependencia: ¡por fin una ley! (editorial). AMF (Actualización en Medicina de Familia). 2007;3:59-60.
3. Freedman V, Martin L, Schoeni R. Recent trends in disability and functioning among older adults in United States. A systematic review. JAMA. 2002;288:3137-46.
4. Martín Lesende, I. Anciano de riesgo en el medio comunitario. Planificación de cuidados en atención primaria. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 44. (Fecha de publicación: 25-01-2006). Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martin-anciano-01.pdf
5. Baztán cortés JJ. Función y fragilidad: ¿qué tenemos que medir?. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006;41(supl 1):36-42.
6. Página web del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria –PAPPS-. Disponible en: www.papps.org

Medidas de prevención de la dependencia en las personas mayores

J. Gómez Pavón

La edad no es causa de dependencia. La enfermedad y no la edad, es la principal causa de discapacidad y dependencia. Éstas son el resultado de la combinación de cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes. Todo ello además, influido por el entorno psicosocial, ambiental y sanitario. La principal preocupación de las personas mayores y sus familias si siguen viviendo más años es la salud, y lo es por sus consecuencias en términos de dependencia, causa fundamental de sufrimiento y de mala autopercepción de salud. Por ello uno de los principales objetivos de salud en la persona mayor debería de ser el aumento de los años de vida libre de discapacidad.
Hoy en día existe suficiente evidencia científica para afirmar que es posible disminuir de forma significativa la incidencia, la prevalencia y la intensidad de la enfermedad, la discapacidad y con ello de la dependencia, a través de tres acciones fundamentales que son:

- Prevención y promoción de la salud.
- Prevención y control de enfermedades crónicas.
- Servicios sanitarios eficientes para las personas mayores.

Si bien es necesario reforzar los dispositivos asistenciales para las personas gravemente dependientes, no se deben dejar en segundo plano los esfuerzos para evitar la dependencia o para la recuperación cuando la dependencia es reversible, por lo que las intervenciones que tengan como objetivo la actuación preventiva, precoz y rehabilitadora deben ocupar un lugar preferente.

Tipificación de la personas mayores. Desde el punto de vista de prevención de la dependencia se puede realizar la siguiente tipología de persona mayor:

- Persona mayor sana: sin enfermedad ni alteración funcional, mental o social.
- Persona mayor con enfermedad crónica: padecen una o varías enfermedades crónicas, pero sin problemas funcionales, mentales o sociales.
- Persona mayor de riesgo y frágil. Conserva su independencia de manera inestable y que se encuentra en situación de riesgo de pérdida funcio-

nal. Se trata de personas mayores que presentan uno o más de los siguientes factores de riesgo predictivos de deterioro, pérdida de funcionalidad, y de dependencia: edad avanzada (por lo general a partir de 80 años); hospitalización reciente; caídas de repetición; polifarmacia con comorbilidad especialmente con patologías crónicas que tienden a la incapacidad (artrosis, artritis, fracturas por caídas, depresión y enfermedades psiquiátricas, déficit visual o auditivo, incontinencia, eventos cardiovasculares); con deterioro cognitivo; con debilidad muscular, alteraciones de la movilidad y equilibrio, y realización de poco ejercicio; con deficiente soporte o condicionantes sociales adversos (pobreza, soledad, incomunicación, viudedad,...) o demográficos (mujer mayor de 80 años).
- Persona mayor dependiente de carácter transitorio o permanente: es aquella que se encuentra ya en situación de dependencia pero ésta puede ser transitoria (ictus o fractura de cadera en fase aguda de enfermedad) o bien ya presentar carácter permanente, independientemente de su intensidad. Es necesario explicitar que demencia grave y/o total no son sinónimo de terminalidad.
- Persona mayor en situación de final de la vida: Englobaría tanto a pacientes con enfermedad oncológica como no oncológica en fase avanzada y/o Terminal, con limitación funcional severa no reversible (generalmente total con Barthel menor de 20), con síntomas intensos, complejos y cambiantes, y con un pronóstico vital inferior a seis meses.

Estrategias y métodos de prevención de la dependencia en las personas mayores

Las medidas de prevención de la dependencia en las personas mayores se agrupan en tres categorías (figura 1, tabla 1):

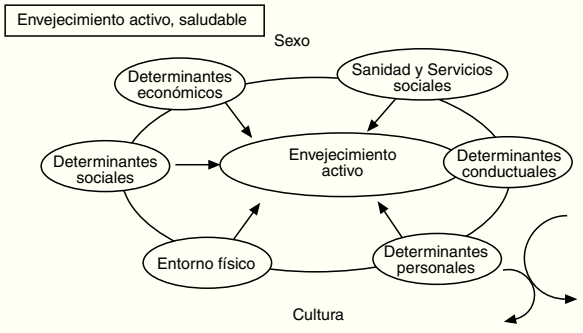
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Prevención del deterioro funcional, desde atención primaria y especializada.
- Prevención de la Iatrogenia.

Bibliografía

Documento Prevención de la dependencia de las personas mayores. Primera Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica española. Madrid 2007. En prensa.

TABLA 1 **Resumen de las principales recomendaciones de estrategias de prevención de la dependencia e intervenciones específicas, según la tipología de las personas mayores**

Tipología de persona mayor	Medidas de prevención y de intervención
Persona mayor sana	Promoción de la salud y prevención primaria
	Atención a los procesos agudos
	Prevención secundaria
Persona mayor con enfermedad crónica no dependiente	Promoción de la salud y prevención primaria
	Prevención secundaria y terciaria
Persona mayor frágil o de riesgo	Promoción de l asalud y prevención primaria
	Prevención secundaria y terciaria
	Prevención y abordaje de síndromes geriátricos
	Prevención de la iatrogenia
	Prevención del deterioro funcional
Persona mayor dependiente	Individualizar las medidas de prevención primaria y secundaria
	Prevención terciaria
	Manejo de síndromes geriátricos
	Prevención de la iatrogenia
	Prevención del deterioro funcional
Persona mayor al final de la vida	Individualizar las medidas preventivas
	Atención específica según necesidades



PREVENCIÓN DEL DETERIORO FUNCIONAL
Desde Atención Primaria:
- Aplicación de la VGI
-Seleccionar y valorar adecuadamente la funcionalidad de los ancianos en riesgo
- Correcto abordaje de los Sdr. geriátricos, cuadros clínicos específicos y medicación
- Favorecer la implicación multidisciplinar de los profesionales sanitarios

Desde Atención Rspecializada:
- Aplicación de la VGI, con correcto abordaje de los principales problemas específicos de este grupo
- Equipo asistencial inter y multidisciplinar con formación especializada en geriatría
- Continuidad de asistencia una vez sobrepasada la fase aguda (UME, H. de día, atención domiciliaria)

EVITAR LA IATROGENIA
- Adecuada farmacología
- Adecuada utilización de medios diagnósticos y de tratamiento
- Adecuada Asistencia geriátrica sanitaria

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA ENFERMEDAD
- Actividad física
- Nutrición
- Prevención de accidentes
- Tabaquismo
- Consumo de alcohol
- Vacunación gripe, ,neumococo, tétanos
- Presión arterial
- Colesterol

PREVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA
- Obesidad
- Determinación glucemia (diabetes tipo II)
- Cáncer cervix, mama, endometrio, próstata, colon
- Osteoporosis
- Ansiedad y depresión
- Antiagregación-anticoagulación
- Hormona estimulante del tiroides (TSH)

SÍNDROMES GERIÁTRICOS
Valoración geriátrica integral o global
Caídas
Trastornos de la marcha y del equilibrio
Deterioro cognitivo, demencia
Alteraciones visuales
Hipoacusia
Incontinencia urinaria
Malnutrición
Polimedicación
Maltrato

FIGURA 1 Resumen de actividades preventivas indicadas según tipología de personas mayores.

¿Podemos contribuir los médicos de familia a un envejecimiento activo?

G. Grandes Odriozola

A medida que envejecemos aumenta la probabilidad de sufrir procesos crónicos y degenerativos, frecuentemente incapacitantes. Afortunadamente, hoy en día conocemos cómo prevenir en gran medida la aparición de este tipo de enfermedades, actuando sobre los estilos de vida que determinan las principales causas de morbi-mortaldad en países como el nuestro. Abstenerse de fumar, beber alcohol con moderación, mantener una dieta de tipo mediterráneo y realizar actividad física de forma regular, son desde esta perspectiva la mejor manera de prevenir la dependencia.

Ahora bien, según vamos envejeciendo, uno de los mencionados hábitos va cobrando especial relevancia para evitar la pérdida de autonomía física y mental: el ejercicio físico. Tanto la actividad física como la forma física tienden a disminuir con la edad, lo que deteriora la salud cardiovascular, musculo-esquelética y psico-social. Mantener unos mínimos de actividad y realizar ejercicio aeróbico, como caminar, correr, bailar, andar en bicicleta, nadar, etc., al menos durante 30 minutos diarios, acompañado de ejercicios de fuerza, flexibilidad y equilibrio, al menos dos días por semana, extiende los años de vida independiente, disminuye la discapacidad y mejora la calidad de vida de las personas mayores. Por esta razón, promover la actividad física entre las personas mayores y a todas las edades, es probablemente la prioridad número uno en la prevención de la dependencia.

A pesar de los conocidos beneficios de la actividad física, el estilo de vida imperante es sedentario. Esto hace que muchos médicos de familia se interesen en aprovechar las múltiples oportunidades que les da el trabajo clínico con sus pacientes para recomendar, aconsejar y promover la práctica de actividad física. Pero se encuentran que son muchísimas (> 70%) las personas que no cumplen las mínimas recomendaciones de actividad física y que la mayoría de ellas (> 60%) no están dispuestas a cumplirlas. Además, no está claramente probada la efectividad del médico de familia para lograr que sus pacientes inactivos dejen de serlo. Los ensayos clínicos realizados para evaluar los resultados del consejo médico han obtenido resultados inconsistentes y los pocos que han resultado positivos, lo han logrado alterando la práctica clínica habitual por motivo de la investigación y o incorporando personal, tiempo y otros recursos, adicionales a los disponibles habitualmente en los centros de atención primaria.

Es fundamental diseñar programas innovadores y conocer la efectividad del médico de familia para lograr con ellos que sus pacientes pasen a ser activos. Con este fin, en España se ha realizado en los últimos tres años un ensayo clínico de gran envergadura, que evalúa la efectividad del Programa Experimental de Promoción de la Actividad Física (PEPAF), realizado por el médico de familia en sus condiciones rutinarias de práctica clínica. Este ensayo clínico multicéntrico ha incluido 4.317 pacientes inactivos, de los que aproximadamente la mitad tienen entre 50 y 80 años de edad. Seis meses después de la intervención los niveles de actividad física habían mejorado de forma significativamente superior entre los pacientes cuyos médicos habían sido asignados al grupo PEPAF, respecto a los de control. Es necesario incluir 25 pacientes en el programa, para que uno pase a ser activo como consecuencia del mismo, pero el efecto es más relevante entre las personas de 50 a 80 años, donde el programa logra resultados significativamente superiores: basta incluir 13 pacientes de estas edades, para que uno pase a activo como consecuencia del PEPAF. Además, si se realiza una prescripción correcta, dedicando un mínimo tiempo a la negociación de un plan de actividad física con estos pacientes, el número de pacientes que es necesario tratar disminuye a nueve.

Pero esto no acaba aquí ¿Hasta qué punto estas y otras actividades de promoción de la salud de demostrada efectividad, son integrables en nuestra atención primaria de forma continuada, sostenible y generalizada? Los propios médicos colaboradores en el aludido ensayo clínico manifiestan después, en grupos de discusión realizados a tal efecto, que una vez finalizado el proyecto de investigación y probada la efectividad de la intervención, no pudieron mantenerla de forma sostenida y continuada en su práctica clínica diaria. Fundamentalmente por la sobrecarga de trabajo que conllevaba, el contexto organizativo de nuestros centros de salud y la sensación de luchar contra todo un cúmulo de factores extra-sanitarios, condicionantes de los estilos de vida.

Lo anterior pone de manifiesto que aunque existan intervenciones eficaces de promoción de la salud, su traslación a la práctica clínica no es lineal. No basta que sean recomendadas por prestigiosos "Task Forces", basándose en las más sólidas evidencias científicas, para que difundan a la clínica. Es preciso un proceso de adaptación, de las estrategias de intervención al contexto en el que van a ser aplicadas, así como de la organización y condiciones de trabajo de los centros en los que se vayan a implantar. Este proceso de optimización de la práctica preventiva en atención primaria presenta desafíos, barreras y posibles soluciones, hoy todavía desconocidos, que deben ser investigados mediante proyectos de investigación formativa. Dentro de este proceso investigador, son los propios profesionales de los centros, los que deben involucrarse con los investigadores, en el diseño de intervenciones innovadoras, que consideren los diferentes niveles de intervención: individual, interpersonal, institucional y comunitario, desde una perspectiva ecológica.

Del cuidador tradicional al cuidador ecológico

M. Rodrigo Vicente

"La familia, ese querido pulpo de cuyos tentáculos nunca escapamos del todo, porque en el fondo de nuestros corazones no queremos hacerlo" (Dorothy Gladis Smith)

La familia, nuestra familia es una presencia primordial en nuestra vida, podemos decir que no nos abandona ni cuando llega el momento de dejarla. A lo largo de nuestra interacción nos definimos más por el tipo de familia que formamos, que por el tipo de familia donde hemos nacido o bien crecido La reflexión me lleva a exponer si vivimos la familia como obligación o como elección.

En España la costumbre de cuidar a los mayores ha durado más que en otros países de Europa. La familia tradicional se ha ido transformando en diferentes estilos de familia.

¿Qué es un cuidador? Aquella persona que da sus cuidados a las personas con algún grado de dependencia, bien sean organizados por agentes sociales y redes distintas de los servicios socio - sanitarios, o los que prestan la familia, vecinos y allegados sin olvidar la atención de los voluntarios y las redes–asociaciones de ayuda mutua- que están incrementándose en los últimos tiempos. Me voy a centrar en los cuidados que presta la familia.

Una persona no se convierte en cuidadora de un día para otro, necesita un tiempo para hacerse a la idea de que una persona querida necesita de su cuidado y supervisión y que va a dedicar un tiempo y energía a esa tarea. Se dan unas fases de adaptación al rol del cuidar: falta de conciencia del problema, búsqueda de información, reorganización, aceptación.

En el proceso de cuidado hay momentos de riesgo: el inicio del cuidar por la aceptación de una situación de dependencia, los momentos críticos cuando la persona que cuidamos sufre un empeoramiento, la situación de máximo deterioro del enfermo y la muerte.

Cuidar a las personas dependientes repercute en diversos aspectos y favorece cambios de vida a la persona que cuida en: las relaciones familiares, el estado emocional, la salud física; la actividad laboral se reduce o abandona; la economía puede tener dificultades; el espacio personal y social se ve alterado o desaparece. Todo ello favorece el "Síndrome del Cuidador", Es muy necesario que la persona que cuida aprenda a dar los cuidados de forma ecológica.

Necesidad de cuidarse, cuidarse ecológicamente. La persona que da sus cuidados a un familiar tiene que aprender a cuidarse:

1. Pidiendo ayuda. No hay que esperar a que los del entorno adivinen tu situación. Hay que aprender a expresarse empleando una comunicación asertiva, clara y concreta del tipo de ayuda que necesita. Pensamientos como "nadie puede cuidar mejor que yo" bloquean la apertura de la ayuda.
2. Vida sana-ecológica. Los cuidadores que llevan una vida sana-ecológica pueden cuidar mejor de ellos y de las personas que cuidan, pues están en mejores condiciones físicas y psicológicas. Tener aficiones personales nos ayuda a mantener el interés y a llevar mejor lo que nos implica el cuidar a un familiar
3. Organizar tu tiempo. Planificar la situación nos puede ayudar a evitar situaciones que luego tengan peor abordaje. Realizar un plan de actividades con las tareas que se deben de realizar ordenándolas de mayor a menor importancia y otra lista de actividades que le gustaría realizar de más a menos importancia y conjugar en una única lista las obligaciones con los placeres para ir intercalando y priorizando tareas con placeres favorece una reflexión y aprendes a tenerte en cuenta.
4. Poner limites. Muchas veces realizamos tareas que nuestro familiar puede realizar y así sentirse útil y nosotros nos sobrecargamos por eso es

necesario aprender a decir "No" .Es importante no hacer nada por su familiar que pueda hacer él por sí mismo.
5. Reconocer los derechos. Aprender a reconocer nuestros derechos como cuidadores nos resta de las obligaciones y se tiene derecho como cuidador@ a: dedicar tiempo a nosotros mismos sin sentimiento de culpa, resolver por nosotros mismos aquello que seamos capaces, y derecho a preguntar sobre aquello que no comprendemos.
Aprender a cuidar de forma ecológica es aprender a tenernos en cuenta, es pasar de vivir invisibilizado@ a sentirte empoderad@ o, lo que puede ser lo mismo, de no existir a darte cuenta de que eres persona con derechos
Busca para ello el favorecer la autoestima: no hacer nada por su familiar que pueda hacer por sí mismo, ayude solo en lo realmente necesario, establecer la comunicación desde el sentir. Tener reuniones con familiares, resolver situaciones que se presentan escuchando el parecer de todos y compartir la misma información para vivir el momento y resolver problema a problema. Solicitar ayuda externa-Económica: pensiones de gran invalidez (contributiva/no contributiva) etc. Servicios de: ayuda a domicilio, teleasistencia, etc. Técnicas: centros de día, de 24 horas, viviendas tuteladas, etc.
Tener en cuenta principios de autonomía personal, para pasar del cuidado tradicional al ecológico, que como refleja J. Soler y Conangla son: 1) ayúdate a ti mismo y los demás te ayudaran; 2) no debemos hacer por nuestra familia aquello que ellos son capaces de hacer por sí mismos; 3) todo lo que te haces a tu familia te lo haces a ti mismo; 4) no debes dar o hacer por los miembros de tu familia aquello que quieres para ti mismo, ellos pueden tener gustos diferentes; 5) no hagas a los miembros de tu familia aquello que no quieras que te hagan a ti, y 6) no podrás hacer ni dar a los miembros de tu familia aquello que no eres capaz de darte a ti mismo.

"Supongo que todos somos producto del gozo y el sufrimiento de nuestros padres. Sus emociones permanecen grabadas en nosotros del mismo modo que la huella de sus genes" (Siri Hustvedt).

Bibliografía

Flórez JA. El síndrome del cuidador. JANO. 2000;vol. LVIII, nº 1345: 2244–8.
González AM, Álvarez L Cuidar al cuidador. Grupos y comunidad. A tu salud. 2001;33:3-7.
Martín I, Salas IM, Fernández N, et al. Situación sanitaria de la población anciana urbana no institucionalizada de Castro Urdiales, y características diferenciadoras de los que más frecuentan el centro de salud. Aten Primaria. 1998;22:97–105.
Rodrigo M, Martín I, Herrán S. Perfil social y funcional de las participantes en un grupo de apoyo a cuidadores, realizado en un centro de salud. Trabajo Social y Salud, 2004.
Segura JM, Bastida N, Martí N, Riba M. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. Aten Primaria. 1998;21:431–6.
Soler J, Conangla,M. Juntos pero no revueltos. Ed Amat 2006.

Direcciones de Internet:

Derechos de los cuidadores.
http://www.uam.es/centros/psicología/paginas/cuidadores/derechos.html
Quiénes son los cuidadores de personas mayoresdependientes
http://www.uam.es/centros/psicología/paginas/cuidadores/quienes.html
Consecuencias del cuidado sobre el cuidador y la familia
http://www.uam.es/centros/psicología/paginas/cuidadores/consecuencias.html

Enfermedades raras. Un nuevo reto para la coordinación asistencial

Moderador:

M. Posada de la Paz

Responsable técnico y de gestión del Instituto de Investigación en Enfermedades Raras (IIER), Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Ponentes:

J.A. Díaz Huertas

Pediatra. Unidad de Pediatría Social del Hospital Niño Jesús, Madrid. Coordinador de Asistencia Sanitaria del Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Director del Programa de Atención al maltrato infantil

R. del Pozo López

Presidente de la Federación Cántabra de Asociaciones de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE-Cantabria).

M. García Ribes

Médico de familia. Unidad Docente de MFyC Santander-Laredo. Coordinador del Grupo de Trabajo Genética Clínica y Enfermedades Raras de semFYC.

Presentación de la mesa

M. Posada de la Paz

Aunque el concepto de Enfermedades Raras (ER) se acuña por primera vez a mediados de los años 80 en los Estados Unidos de Norte América (EE.UU.)[1] es en 1999 cuando entra oficialmente en Europa a través del Plan de Acción de Enfermedades poco Comunes de la Comunidad Europea (CE)[2]. Al mismo tiempo se publica el Reglamento de Medicamentos Huérfanos en el año 2000[3]. Se entiende por enfermedad rara cuando la prevalencia es inferior a 5 casos por cada 10.000 habitantes en el marco de la CE y la enfermedad cursa con una alta tasa de mortalidad o deterioro crónico[2].
Bajo el término de ER se incluyen de forma mayoritaria las enfermedades de origen genético estimadas en un 75% del total de unas 6.000 enfermedades. No existe una única lista de ER porque existen diferentes formas de entender qué es una enfermedad y así podemos hablar de entidad clínica, de fenotipo evolutivo, denominar a una nueva entidad en función de la etiología o según el órgano afectado, entre otras muchas posibles variaciones. La mayoría de los casos de ER aparecen en la edad pediátrica, consecuencia directa de la alta frecuencia de enfermedades raras de origen genético y a la presencia de las anomalías congénitas. No obstante, la prevalencia es mayor en los adultos que en los niños, debido a la excesiva mortalidad de algunas enfermedades infantiles, como malformaciones o enfermedades genéticas graves y también porque muchas enfermedades tienen su debut en la edad adulta, como ocurre con ciertas patologías autoinmunes, la Esclerosis Lateral Amiotrófica o enfermedades genéticas del tipo de la enfermedad de Huntington, entre otras.
Cuando se quiere abracar un conjunto de enfermedades raras, es relativamente frecuente y útil recurrir a clasificaciones específicas consensuadas en el seno de sociedades científicas internacionales como inmunodeficiencias y enfermedades del metabolismo, o a las establecidas por redes de investigación específicas, como las enfermedades del eritrocito o las enfermedades que cursan con espasticidad muscular.
Para poder visualizar una lista más amplia y no limitada a un grupo específico de enfermedades, conviene acudir a los portales de internet que ofrecen información abierta sobre miles de patologías poco frecuentes[4].
Las necesidades de las enfermedades raras han sido ampliamente enunciadas en muchos foros, pero en muy pocas ocasiones se han estudiado con un cierto criterio metodológico. En España se conocen dos tipos de estudios[5,6]. En ambos estudios se pudo constatar la variedad de problemas que estos pacientes y sus familias soportan, pero quizás cabe destacar aquellos que procedentes de la falta de información sobre recursos, los debidos a la ausencia de una actualización médica adecuada, las dificulta-

des para la coordinación entre la atención primaria y la atención especializada, la ausencia de experiencia profesional, los problemas económicos y sociales y la falta de sensibilización social. En definitiva, suponen una gran carga social y familiar y se sienten olvidados.

El plan de acción europeo inicial ha visto su continuidad en el marco del nuevo Programa de Salud Pública (2003-2008)[7]. Durante el mismo se ha constituido el denominado Grupo de Trabajo sobre Enfermedades Raras (Rare Diseases Task Force-RDTF)[8], cuyos objetivos son asesorar y asistir a la CE y a la Dirección General de la Salud y Atención a los Consumidores (DG SANCO) en la promoción de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento para las ER, de calidad óptima en Europa, reconociendo que el único valor añadido a considerar en las ER a nivel Europeo es la mejora de la coordinación. En el seno de esta TFRD se han creado subgrupos de trabajo en las siguientes áreas: *a)* Centros de referencia europeos; *b)* mortalidad/morbilidad; *c)* indicadores de salud, y *d)* codificación/clasificación. Al mismo tiempo la TFRD ha creado un sistema de información que puede ser consultado en Internet, así como un boletín cuya suscripción es gratuita y que aporta una información actualizada sobre todo lo que ocurre alrededor de las ER en el mundo.

Por último, la propia DG SANCO ha publicado una página web[9] dedicada a las actividades en ER coordinadas desde la CE y ha organizado una conferencia europea sobre ER que se celebró en Luxemburgo en el año 2005. Esta iniciativa se repetirá cada dos años, estando prevista la próxima edición de esta euroconferencia para diciembre de 2007 en Lisboa.

Recientemente, el Senado español ha aprobado por unanimidad el instar al gobierno a crear un organización estatal de enfermedades raras, que coordine, analice y proporcione soluciones para ser discutidas con sociedades científicas y el propio Consejo Interterritorial de Sanidad. Por otra parte, la promulgación del decreto sobre centros de referencia y la puesta en marcha del CIBERER y el Plan de Investigación sobre ER, son entre otras, algunos puntos a considerar en el marco del desarrollo de una estrategia en ER en España

Bibliografía

1. Report of the National Commission on Orphan Diseases. Commission report (I): introduction. J Rare Diseases. 1996;2:21-7.
2. Decision N.o 1295/1999/EC of the European Parliament and of the Council of 29 April 1999 adopting a programme of Community action on rare diseases within the framework for action in the field of public health (1999 to 2003). Disponible en: http://europa.eu.int/eurlex/pri/en/oj/dat/1999/l_155/l_15519990622en00010005.pdf
3. Regulation (EC) N.o 141/2000 of the European Parliament and of the Council of 16 December 1999 on orphan medicinal products. Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/oj/2000/l_018/ l_01820000122es00010005.pdf
4. National Institutes of Health. Office for Rare Diseases. Rare Diseases Terms. Disponible en: http://rarediseases.info.nih.gov/asp/diseases/diseases.asp
5. Luengo S, Aranda MT, De la Fuente M. enfermedades raras: situación y demandas sociosanitarias. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Colección estudios e Informes; 2001 Serie estudios n.º 5.
6. Gaite L, Cantero P, González-Lamuño D, García Fuentes M. Necesidades de los pacientes pediátricos con enfermedades raras y de sus familias en Cantabria. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005. Documento 69.
7. DG Health and Consumer Protection Programme of Community action in the field of public health (2003-2008). Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_en.htm
8. Rare Diseases Task Force. Disponible en: http://www.orpha.net/testor/cgi-bin/OTmain.php
9. DG Health and Consumer Protection. Public Health. Rare diseases. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_threats/non_com/rare_diseases_en.htm

Historia natural de las enfermedades raras en España. Necesidades actuales de los pacientes

J.A. Díaz Huertas

El respaldo institucional que han conseguido en la actualidad las personas afectadas por «enfermedades raras» es fruto de un largo camino recorrido durante los últimos 30 años[1]. Anteriormente estas enfermedades, cada una de las cuales afecta a un número reducido de enfermos, no suscitaban la atención de los grupos de investigadores, ni eran objeto de interés para las industrias farmacéuticas que no veían rentabilidad en el desarrollo de nuevos fármacos para su tratamiento[2]. Las publicaciones médicas que sobre las necesidades de estos pacientes comenzaron a aparecer en los años 60[3] coincidiendo con la publicación del *Journal of Rare Diseases*[4], no suscitaron tampoco un gran interés. Esta situación de falta de atención propició que a principios de los 80 se introdujera en Estados Unidos el concepto de «rare diseases»[5] para referirse a estas enfermedades de baja prevalencia, así como el de «medicamentos huérfanos» para hacer referencia a los agentes con potencial terapéutico pero sin patrocinador para su comercialización[6]. Por tanto, la existencia de necesidades especiales en los pacientes con «enfermedades raras» se puede llegar a considerar como una de las características definitorias de las mismas.

Además, a la hora de identificar necesidades no podemos dejar de lado la cuestión de que la percepción de las mismas por parte de los médicos y las familias es diferente, por lo que resulta importante conocer la opinión de ambos colectivos. Entre las principales necesidades podemos citar: *a) diagnóstico precoz y disponibilidad de tratamiento*, pues la búsqueda del diagnóstico es una de las fases que entraña mayores dificultades para el enfermo y su familia ya que la incertidumbre produce una gran desestabilización emocional; *b) información*, tanto sobre la propia enfermedad, que cuidados diarios necesita, cuáles son las posibles complicaciones que pueden aparecer, cómo afrontarlas, que tipos de tratamientos están disponibles, a que especialistas o centros médicos pueden acudir y cuáles son las posibles ayudas de carácter económico que pueden solicitar; *c) necesidades psicosociales*, el hecho de que estas enfermedades afecten a un porcentaje muy reducido de la población contribuye a que la sociedad tenga un profundo desconocimiento sobre su existencia, lo que contribuye a que las familias se sientan aisladas y piensen que su situación es única[7]. Se ha descrito también que mientras para los médicos las necesidades principales son de tipo sanitario, para las familias las quejas más importantes se centran también en el campo de lo social, y específicamente en las ayudas económicas y escolares. Asimismo las necesidades se modifican durante el curso de la enfermedad, con independencia de la patología específica de que se trate, y esta evolución está influenciada por la situación sociosanitaria existente en el entorno del enfermo[8]. En concreto, los pacientes y familiares con «enfermedades raras» durante todo el largo proceso de la enfermedad, pero especialmente en las fases iniciales, precisarían de un especial apoyo psicológico para paliar los elevados niveles de estrés a los que se encuentran sometidos. Todas estas circunstancias realzan la importancia de llevar a cabo estudios para poner en marcha iniciativas que contribuyan a identificar necesidades, poner en marcha medidas para contribuir a satisfacerlas y conseguir mejorar la calidad de vida de los afectados[9]. A la vista de estas necesidades, es importante considerar que desde la Atención Primaria se puede desempeñar un papel importante para ejercer un apoyo psicológico a través del seguimiento médico, o como refieren los pacientes, a través de un "acompañamiento" cercano que facilite la obtención información cualificada.

Bibliografía

1. Posada de la Paz M, Izquierdo Martínez M, Ferrari Arroyo MJ, Avellaneda Fernández A, Andrés Copa P, Martín Arribas C. Plan de Acción de la UE y del Estado Español sobre enfermedades de baja prevalencia. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad. 2002;53:25-9.
2. González-Lamuño Leguina D, Lozano de la Torre MJ, García Fuentes M. Enfermedades complejas de baja prevalencia en Pediatría. Bol Pediatr. 1998;38:213-6.
3 Baruch JZ. [New drugs for rare diseases]. Tijdschr Ziekenverpl. 1966;19:480-1.
4. Report of the National Commission on Orphan Diseases. Commission Report Part I. Introduction. J Rare Diseases. 1996;2:21-7.
5. Izquierdo Martínez M, Avellaneda Fernández A. Enfoque interdisciplinar de las enfermedades raras: un nuevo reto para un nuevo siglo. Med Clin (Barc). 2003;121:299-303.
6. Althuis T. Orphan drugs—debunking a myth. N Engl J Med. 1980;303:1004-5.
7. Luengo Gómez S, Aranda Jaquotot MT, de la Fuente Sánchez M. Enfermedades raras: situación y demandas sociosanitarias. Madrid: Artegraf, 2001.
8. Gaite L, Cantero P, González Lamuño D, García Fuentes M. Necesidades de los pacientes pediátricos con enfermedades raras y de sus familias en Cantabria. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, 2005.
9. Perestelo Pérez L, Serrano Aguilar P, López Bastida J, Gaite Pindado L, Almansa Martín A, García Bagaza MA. Investigación sobre los costes y la calidad de vida relacionada con la salud en las enfermedades raras. En: Guillen Enríquez J, Durán Pla E, Pastor MA, editores. Enfermedades Raras en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2006:17-30.

Historias de vida. La descoordinación asistencial en primera persona

R. del Pozo López

1. Experiencia de vida
Abordando aspectos como:
a) Familiares
b) Económicos
c) Ocio
d) Sanitarios

2. Descoordinación asistencial
a) Fase de pre diagnóstico hasta llegar a un diagnóstico/ Médico de familia.
b) Fase de diagnóstico / Médico especialista.
c) Fase de pos diagnóstico /Equipo multidisciplinar
- Información global

Recursos sociales
Entidades sociales
- Historiales digitales: recomendaciones y no recomendaciones
- Seguimiento y coordinación con todos los agentes implicados
  Médico de atención domiciliaria (vigilancia sobre las condiciones del entorno domiciliario)
- Consejo genético

En caso de inexistencia de equipo multidisciplinar se producen los periodos de descoordinación:
- Las personas acuden a profesionales privados
- Tratamientos contradictorios
- Información alarmante y poco real (internet, amigos…)
- Sobreprotección familiar.

3. Labor asociaciones
- Experiencia en COCEMFE-Cantabria y ASEMCAN

4. Normalización e inclusión social

Papel del medico de familia en la coordinación asistencial de los pacientes con enfermedades raras

M. García Ribes

El proceso para mejorar la coordinación asistencial de los pacientes con "Enfermedades Raras" (ER) dentro de la Atención Primaria sigue una dirección similar a la iniciada durante los últimos años por las sociedades científicas pediátricas. La pediatría fue la especialidad receptora, históricamente hablando, de los pacientes con estas patologías. No obstante, cada vez son más los genetistas clínicos quienes se ocupan de ellas pues cerca del 80-90% de las mismas tienen un claro origen genético. Los avances tecnológicos y sociales, así como la sensibilización de los colectivos pediátricos y de genetistas, han supuesto una mejora en su calidad de vida, permitiendo trascender los límites cronológicos y conceptuales de la pediatría abarcando los conocimientos de otras especialidades como la Genética Clínica, la Epidemiología y, por supuesto, a la Medicina de Familia. Así, en la actualidad, los "enfermos con patologías raras", enfermedades crónicas de baja prevalencia, "salpican" nuestras consultas sin que el colectivo de los Médicos de Familia pueda atenderles de forma adecuada.

Como es habitual, este proceso se iniciaría con la celebración de cursos SEMFYC de "Formador de formadores" cuyo objetivo es formar a un grupo de profesionales que, posteriormente, mediante jornadas de alcance autonómico, presentarán el estado de la cuestión al resto de miembros de la SEMFyC. De esta manera, comenzaría a llegar información al colectivo y, con ella, la sensibilización de los profesionales, que podrían comenzar un programa de identificación de pacientes con ER en los Centros de Salud para la elaboración de un registro y una encuesta que permita conocer sus principales necesidades desde la Atención Primaria. Las líneas de trabajo siguientes podrían abrirse después o durante la elaboración del registro y responden a las tres necesidades básicas planteadas por los pacientes con ER y sus familias en numerosos estudios: atención, información y coordinación. Desde la Atención Primaria podría elaborarse un protocolo para "pacientes con patología crónica poco prevalente", similar a los que contamos para las "grandes" patologías crónicas, para incluirlo en nuestros sistemas de historia informatizada. Este protocolo supondría un número de visitas mínimas concertadas anuales. En estas visitas, a realizar en el Centro de Salud o en el domicilio del paciente en caso de que existan problemas de movilidad-accesibilidad, podrán reunirse el paciente y sus familiares con el médico de familia, pero también con el personal de enfermería, fisioterapeutas, asistentes sociales. Esta atención protocolizada a los pacientes con ER debería derivar en el desarrollo de una "historia informatizada del paciente con ER para Atención Primaria" custodiada por el propio paciente en todos sus traslados dentro y fuera de su área de salud. Podría ser en soporte informático (memoria USB o acceso por Internet) o en papel, y actualizable de forma dinámica, haciendo hincapié en las medidas de seguridad adecuadas para mantener la confidencialidad. De esta forma, el paciente podrá mostrarla en todas las visitas médicas que realice (médico de familia, atención especializada, servicios de urgencias…), mejorando la coordinación entre los distintos médicos que atienden al paciente. La incorporación progresiva de estas innovaciones por parte de los Médicos de Familia mejorará sensiblemente la atención a los enfermos con ER, no sólo en el ámbito de la Atención Primaria sino en todos los campos de la asistencia sanitaria.

Papel del ciudadano en la toma de decisiones en los temas de salud y de los servicios sanitarios

Moderador:

J.L. Ruiz-Giménez Aguilar

Médico de familia. Centro de Salud Vicente Soldevilla del SERMAS, Madrid. Coordinador del grupo del PACAP de la Sociedad Madrileña de MFyC.

Ponentes:

J.A. Vicente Cabanillas

Coordinador de la Comisión de Sanidad de la Federación Regional de asociaciones de Vecinos de Madrid.

A. Etchenique Calvo

Responsable de Relaciones Institucionales de la Confederación de Consumidores y Usuarios (CECU). Vocal de la Coalición de Ciudadanos con Enfermedades Crónicas. Presidenta de la Asociación de Usuarios de la Sanidad (AUS).

A. Antoñanzas Lombarte

Médico de Familia. Coordinador del Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza.

E. Bolaños Gallardo

Psicóloga. Especialista en Promoción de Salud y Educación para la Salud. Docente en comunicación interpersonal e investigación cualitativa.

Presentación de la mesa

J.L. Ruiz-Giménez Aguilar

La participación del ciudadano en los temas de salud y de los servicios sanitarios se la considera, en la Estrategia de Promoción de la salud para el siglo XXI de la OMS, como uno de los principios éticos y como una de las líneas estratégicas de actuación. El escaso desarrollo en nuestro país de esta temática a pesar de existir un marco legal y contenido científico que la defiende justifica su abordaje y consideración en este Congreso de la Semfyc.

Nos debemos situar en un momento histórico en donde un importante número de hechos nos obligan a reflexionar sobre la relación entre los profesionales, el sistema sanitario y los ciudadanos y sus organizaciones. Entre ellos señalaré el proceso de globalización, las políticas económicas neoliberales, las transiciones demográficas y las migraciones, los cambios tecnológicos y en los conocimientos sobre la salud y la enfermedad, la medicalización de la vida y el consumismo, los cambios en la organización y gestión de los servicios sanitarios, la información y la informática y su progresiva accesibilidad por parte de la población y la consolidación de los derechos democráticos de la ciudadanía.

La justificación de la PC se basa por un lado en ser un derecho de la ciudadanía y por otro una necesidad técnica del sistema sanitario.

La PC es un medio e instrumento necesario para el abordaje de los problemas de salud en una concepción biopsicosocial y ecológica del proceso salud/enfermedad. Hace ya más de dos décadas se tambalearon los antiguos conceptos sobre el origen de las enfermedades, dando paso a una comprensión multifactorial y dinámica en la que la organización social, las condiciones y los estilos de vida juegan un papel determinante, tanto en el estado de salud como en la organización de los servicios sanitarios. Bajo esta nueva conceptualización los pacientes adquieren dimensión de protagonistas y sin su participación, resultará técnicamente imposible resolver los problemas existentes, prevenir las enfermedades y mejorar el estado de salud. El reto está en lograr que el objeto de conocimiento e intervención pase de objeto a sujeto -de pasivo a activo- y ello tanto en el ámbito individual como familiar y colectivo.

Los nuevos conocimientos sobre el enfermar deben dar paso a nuevos métodos de trabajo haciendo del enfoque integral y comunitario una herramienta de trabajo profesional básica.

Un sistema sanitario cuyo objetivo es la provisión hegemónica de servicios médicos curativos, con escasa dedicación a la prevención y la promoción, establece relaciones que suelen agotarse en la consecución de un mínimo de satisfacción y de legitimidad que asegure su reproducción. Por el contrario un sistema que comparta la producción de servicios curativos y preventivos con programas de promoción de salud necesita de unos dispositivos de relación más complejos, flexibles y bidireccionales con las personas que atiende.

El derecho a participar en salud supone reconocer que la población, tanto en el ámbito individual como colectivo debe lograr mayor autonomía y responsabilidad en la gestión de lo social, entendiendo la sociedad en su conjunto como protagonista y responsable de su propio desarrollo.

Un sistema de salud más eficaz y eficiente requiere que el tradicional rol de los pacientes como consumidores se transforme en una nueva función de coproductores. Una forma diferente de contemplar la producción de salud, basada en la democracia participativa, y contraria a la jerarquía de la autonomía médica o a la competencia del mercado.

La participación no puede existir sin toma de conciencia; participa solamente el que es consciente de la necesidad de su participación y el que sabe que si no participa no se podrán modificar las cosas. La gente puede y debe participar para cambiar y mejorar. La participación entendida como toma de conciencia de la situación y de los problemas y orientada hacia el cambio, es la clave.

Para que la participación sea más efectiva se requiere un doble aprendizaje:

- Los profesionales sanitarios y las Administraciónes tienen que ceder poder.
- Los ciudadanos tienen que aceptar la responsabilidad.

Por ultimo tenemos que plantearnos nuevos instrumentos de participación o mejoras en los mismos y un renovado modelo de relación entre los profesionales y ciudadanos. El modelo de entrevista y de relación de ayuda, los sistemas de información y consejos, la educación para la salud, el enfoque y la actividad comunitaria, los programas de mejora de calidad con participación social, consejos de salud y de participación en los diversos niveles del sistema sanitario.

Para terminar aporto para el debate lo que el Sistema Nacional de Salud inglés ha propuesto como principios para caracterizar la participación.

- Los pacientes y ciudadanos deben estar involucrados en cualquier decisión sobre la atención a la salud que se tome en el Sistema Sanitario.
- La participación debe estar insertada en las estructuras del sistema y embeber a todas las actividades y facetas de la atención.
- El acceso a cualquier información relevante para todos y la transparencia en los procedimientos para implicar a los ciudadanos.
- Los profesionales sanitarios deben ser compañeros en el proceso de implicar a los ciudadanos y pacientes.
- Se debe ser honesto sobre objetivos o finalidad de la participación.
- Los mecanismos de participación e implicación deben ser evaluados en su efectividad.
- El público en general y los pacientes deben acceder a la capacitación y a los recursos necesarios para su participación real.
- La población debe ser representada por una amplia variedad de individuos y grupos y no sólo por un grupo particular de pacientes.

El objetivo de la mesa va a ser reflexionar sobre el tema con diversas visiones, aclarar conceptos, aportar algunas experiencias, analizar fortalezas y debilidades y proponer líneas e instrumentos de actuación.

Intentaremos dar respuesta al papel que deben tener el ciudadano y el profesional en la relación clínica y en el funcionamiento de los servicios, cuál es el modelo de relación profesional-ciudadano más eficiente y con que instrumentos renovados debemos trabajar.

Bibliografía

Aguilar Idáñez MJ. La participación Comunitaria en salud: ¿mito o realidad? Madrid. Ed Díaz de Santos. 2001

Corbella A, Maturana S. Papel del ciudadano en los servicios de salud. Posibilidades y limitaciones. Rev Calidad asistencial. 2000;15:357-62.

Irigoyen J. La participación Comunitaria en Salud: una reformulación necesaria, Cáp. 7, Págs. 183 - 222 del Libro "Nuevas Perspectivas en Atención Primaria de Salud. Díaz de Santos. Madrid, 1994.

Ministerio Sanidad y Consumo: Salud 21- Salud para todos en el siglo XXI. Madrid 1998.

OPS: Promoción de la Salud: una antología. Publicación Científica nº 557. Ops Washington, 1999.

PACAP: Programa de actividades comunitarias en atención Primaria de la semFYC. 1997.
Revista Comunidad. Números anuales.
I Recomendaciones: ¿Como iniciar un proceso de intervención comunitaria y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones. Ed semFYC y ISP Madrid 2004.
Ruiz-Giménez A. Participación Comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado Español. Rev. Comunidad.2005;8:62-71.
Saturno Hernández PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Esp Salud Pública. 1995;69:163-75. Madrid.
Siles Roman D. Nuevas perspectivas en participación comunitaria: Dar poder al paciente. Aten Primaria. 1993;9.
Turabian JL, Pérez Franco. Modelos de participación comunitaria en la salud en el contexto del mercado sanitario. Aten Primaria. 1998;21:321-4.
Vuori H. La participación comunitaria en atención Primaria: un medio o una finalidad en si misma". Aten Primaria. 1992;10:1036-48.

La participación vecinal en la Promoción de la Salud

J.A. Vicente Cabanillas

Desde hace más de treinta años, las asociaciones de vecinos hemos venido reivindicando nuestro derecho a participar en todas las cuestiones que afectaban al desarrollo de nuestra sociedad. Primero pedimos la palabra. Hoy, queriendo ser partícipes en la toma de decisiones sobre los temas que nos conciernen, entendiendo que la participación es algo más que un derecho. Desde la responsabilidad asumida, exigimos más información para poder desarrollar este derecho. Y entre ellos, el derecho a la salud, un derecho natural, inherente al ser humano, sin el cual todo lo demás carece de sentido.

Frente a concepciones más reduccionistas, para las asociaciones de vecinos la salud es un concepto amplio que hace referencia al bienestar, no sólo físico y mental, sino también social. Así, cuando demandamos una vivienda, no lo hacemos sólo para mejorar la situación económica y social de los vecinos, sino para mejorar también su calidad de vida.

Cuando las asociaciones demandamos colegios y educación para adultos lo hacemos, no sólo porque creemos necesario garantizar el acceso a la enseñanza formal, sino convencidos de que es necesaria una formación integral para que la población sea capaz de comprender, valorar y actuar con conocimiento de causa en todo lo relacionado, en este caso, con el cuidado de su salud.

Cuando las asociaciones de vecinos solicitamos hospitales, parques, limpieza urbana, colegios, estudios sobre ruidos o la incidencia sobre la salud de las ondas electromagnéticas, no lo hacemos para ejercer una oposición gratuita, sino para luchar por una calidad de vida mejor para todas y todos.

Tanto nos ha preocupado el desarrollo sostenible y saludable de nuestro entorno que no sólo hemos colaborado en estudios sanitarios y charlas informativas sobre hábitos saludables, sino que hemos llegado a ceder nuestros locales cuando la administración no disponía de un lugar apropiado para prestar el servicio y en tanto se ejecutara la construcción de un nuevo centro de salud.

Cuando pedimos una salud pública de calidad, no lo hacemos por cerrarle el negocio a las clínicas privadas que quieran trabajar la salud de aquellos que quieran y puedan pagarla, sino porque estamos convencidos de que un sistema público sólido y de calidad es mucho más equitativo, económico y capaz de dar respuesta a las, a veces, graves circunstancias que atañen a la salud.

Es mucho lo andado y aportado en la mejora de nuestras ciudades. Mucho lo que, entre todos, hemos avanzado. Desde hace algunos años, las asociaciones de vecinos andamos dando vueltas, junto con sindicatos y profesionales, a todo lo relacionado con la salud, como la financiación, el gasto farmacéutico, la promoción, etc. Y cuando decimos "darle vueltas" no nos referimos sólo a la exigencia de más medios, que también, sino a la elaboración de propuestas, un objetivo para nosotros ineludible que implica la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones sobre la salud.

Las asociaciones hoy, exigimos de la administración un fomento integral de la salud, porque, sin esa apuesta, el ánimo de lucro y la competencia de las empresas privadas acabarán con el sistema de salud público. Un sistema que, evidentemente, tiene muchas deficiencias, pero que pasa por ser uno de los mejores de Europa y del mundo. Es por ello por lo que lo defendemos. Y lo hacemos denunciando las deficiencias que, desde nuestro punto de vista, no sólo son producto de una escasa financiación, sino sobre todo, de un modelo organizativo excesivamente jerarquizado en el que ni siquiera se hace partícipe al paciente de las pautas y tratamientos que los profesionales le prescriben.

Las asociaciones de vecinos y las organizaciones que con ellas colaboran en defensa de un sistema de salud de calidad y universal apostamos por que la población se convierta en eje central del sistema, otorgándole protagonismo, dotándole de mayor autonomía, dándole responsabilidades en la gestión de lo social y haciéndole responsable de su propio desarrollo.

Hace tiempo que los profesionales apuntan a las condiciones y estilos de vida actuales como el origen de muchas enfermedades. Es por ello, por lo que apostamos por la participación como instrumento privilegiado de intervención, para lograr que, ya que formamos parte del problema, formemos también parte de la solución.

Los usuarios de la sanidad: una participación activa en la toma de decisiones

A. Etchenique Calvo

El sistema sanitario español partió de una realidad política y socioeconómica que no tiene nada que ver con la situación actual.

La participación de los ciudadanos hubiera sido impensable hace unos años y ahora es imprescindible trabajar en la creación de espacios donde ésta sea posible y eficaz.

En la actualidad, el ciudadano de a pie considera, con razón, que la reclamación –única vía posible de hacerse oír- sólo lleva a un laberinto burocrático lento y frustrante; y tiene razón. Estos procedimientos hacen que ni siquiera sirvan para recabar y analizar datos y, mucho menos, para corregir los problemas denunciados.

¿Qué participación es posible?

Hay que empezar por hacer una puesta en común entre todos los actores del sistema de cuáles son los problemas principales y cómo afectan a cada uno de los colectivos. Para seguir, hay que acordar qué modelo de sanidad es posible. En CECU pensamos que el modelo común a todos los ciudadanos debe ser público y de acceso universal.

Se sigue considerando el modelo español como uno de los mejores, pero es evidente que el deterioro en los últimos años ha sido notable en algunas comunidades autónomas.

Repensar el modelo y reivindicar los aspectos positivos que ya hemos conocido en un pasado no muy lejano es una responsabilidad de todos. No sólo ante los ciudadanos más vulnerables (mayores, niños, inmigrantes, toxicómanos…) si no también ante los países en desarrollo que necesitan el ejemplo visible de lo posible.

La rentabilidad de la atención sanitaria debe hacerse desde una visión económico-social en el contexto de una sociedad con vocación de justicia y redistribución de la riqueza. *Una sociedad sana, con hábitos saludables, ofrece muchas mas oportunidades de prosperar a sus ciudadanos.*

Partimos de una situación envidiable para la mayor parte de los habitantes de nuestro planeta: contamos con una *democracia***.** Esto significa que podemos influir y decidir sobre cualquier cuestión y más cuando se trata de algo tan básico para el ser humano como es la atención sanitaria. En el siglo XXI, tanto los usuarios de la sanidad como los profesionales de la salud, estamos en un nuevo paradigma. Debemos participar democráticamente, no sólo votando cada cuatro años a nuestros representantes. Debemos expresar permanentemente nuestras inquietudes y expectativas, así como el cumplimiento de nuestros derechos. No podemos encontrarnos con situaciones sin conocer cómo ni porqué se han tomado decisiones que nos afectan tan directamente.

Para esto es necesario que haya una clara *voluntad política* y ésta sólo se puede valorar en los *presupuestos*. La prevención, la educación de los ciudadanos, la formación de los profesionales de la sanidad, la revisión permanente de los resultados, la investigación científica, el apoyo a las asociaciones de ciudadanos relacionadas con la salud, la infancia, los mayores, las mujeres, los jóvenes…. deben ser contempladas por la administración como activos e inversiones en futuro y calidad de vida de los ciudadanos individual y colectivamente.

Debe ser un *enfoque sistémico*: hay definir los roles de cada actor del sistema; deben encajar como piezas de un *puzzle*; hay que diseñar espacios y tiempos para mantener una comunicación fluida, debemos seleccionar a las personas adecuadas para que en esa interacción y diálogo surjan propuestas y críticas creativas y así se vaya construyendo día a día el modelo de atención del que se beneficie toda la población.

Queremos proponer una forma de *participación* partiendo de la madurez de los ciudadanos y el momento en que se encuentran los profesionales y administradores de la sanidad.
Somos, simultáneamente, *ciudadanos, pacientes y usuarios*. Podemos ser trabajadores por cuenta ajena, funcionarios, autónomos o parados; padecer enfermedades agudas o crónicas; además somos alumnos, padres/madres, vecinos, consumidores o ecologistas…; o carpinteros, abogados del estado, médicos o matemáticos; tener una gran familia o estar solos…
Quiero decir que nuestro sistema de salud tiene que responder a las necesidades de las *personas* de verdad. Personas que pueden estar afectadas por problemas físicos, psicológicos y/o sociales.
Personas con *vocación* de velar por nuestra salud: personas que están orgullosas de su trabajo y valoradas por la sociedad.
En un entorno próximo y familiar.
Donde los ciudadanos-pacientes-usuarios nos encontremos con personas que nos den las citas, nos atiendan, nos receten… y que no nos abandonen cuando tenemos que acudir al especialista o ir al hospital o a morir.

Bibliografía

Bavelas PJ, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas. Ed Herder 1967.
Watzlawick P, Weakland JH. Richard Fisco "Cambio" ed Herber 1974.
Diagnosing the System for Organisations. London: John Wiley & Sons. 1985
United Nations. 2003. World Public Sector Report 2003: E-government and the crossroads.
Department of Economic and Social Affairs. New York. Page 93.
Walker 1991. The Viable Systems Model. A Guide for Co-operatives and Federations.
Espinosa A, Walter J. Autonomy, participation, and democracy. Questions from applied cybernetics.
Raul Espejo. 2002. Structure for Transparency in NuclearWaste Management.
Fritjof Capra. La trama de la Vida. Ed. Anagrama 1998.

El papel de los ciudadanos en la salud y en los servicios sanitarios desde la perspectiva de los profesionales sanitarios

A. Antoñanzas Lombarte

La necesaria reflexión, bien entrada ya la primera década del siglo XXI, sobre el papel del ciudadano en la toma de decisiones sobre la salud y los servicios sanitarios pone de manifiesto la todavía desequilibrada posición de poder e influencia en la relación que se establece entre profesionales de la salud y ciudadanos/pacientes.
La preponderancia en nuestro sistema de salud de un *modelo prescriptivo* (de prescribir: preceptuar, ordenar remedios), pone sobre la mesa preguntas tan elementales como esenciales: ¿qué cualidades pide la sociedad *hoy* a un profesional de la medicina o de la enfermería? ¿Cuál es el papel que los ciudadanos quieren jugar en relación con los profesionales de la salud en un futuro próximo?, y por último ¿está reclamando la nueva sociedad del conocimiento, en la que cada vez cobra mayor importancia el respeto a la libertad y la autonomía de las personas, un nuevo tipo de relación entre profesionales de la salud y ciudadanos?
Los profesionales sanitarios seguimos manteniendo un estilo profesional, adquirido en las escuelas y facultades, basado en la concepción biomédica de la enfermedad, que dificulta un abordaje que integre a toda la persona de forma global, sin separación de órganos o sistemas, ni de mente-cuerpo, ni del individuo frente a lo social o al entorno. En este modelo, el papel del profesional es preponderante frente al paciente, la función de experto en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad se coloca como el objetivo básico de la profesión y se rechazan otros abordajes más globales, considerados menos científicos por una mayoría del colectivo profesional.
El poder de la tecnología, de la industria biomédica), con la complicidad de una parte de los propios profesionales, soporta y mantiene de forma interesada este modelo, de hecho pone todo su empeño y sus recursos a través de los medios de comunicación, en trasmitir un concepto reduccionista de la salud asociado únicamente a la tecnología o a al medicamento.
En una sociedad donde el conocimiento es cada vez es mas accesible, en la que el derecho a la información adquiere cada día mas valor, donde, aunque de forma tímida, se están ampliando nuevos derechos, como el de decidir no recibir determinados tratamientos o elegir una muerte digna, las personas están reclamando en la relación con el profesional sanitario un papel cada vez más participativo, más autónomo, mas responsable.
Diversas situaciones clínicas que se viven cada día, tanto en la atención primaria como en la hospitalaria. ponen en evidencia la necesidad de cambiar el tradicional modelo de relación profesional sanitario paciente : atención a enfermos crónicos donde las decisiones sobre el estilo de vida juega el papel mas importante, la atención a la dependencia con abordajes sociales más importantes que los puramente sanitarios, la atención a personas inmigrantes donde los enfoques psicosociales son imprescindibles, la atención a enfermos oncológicos donde la información y el tipo de relación asistencial juega tan importante papel, la atención al paciente que va a morir, con las connotaciones de respeto a las decisiones y a la libertad individual....
Otro modelo[2] se plantea, por lo tanto, en el que la base de la relación la constituye la *comprensión* del profesional y la *confianza* del paciente. Comprensión global por parte del profesional sanitario que incluye, además del diagnóstico clínico, participar de los sentimientos del paciente, valorar el contexto psico-social, aportar sinceridad y veracidad a la información y responsabilizarse con el problema expresado. Confianza del paciente, que significa depositar en el profesional "lo secreto", libre comunicación verbal y no verbal, mostrar las preocupaciones y no ocultar los sentimientos y emociones.
Diversos autores, tanto desde atención primaria como desde el hospital[3-5], están planteando abordajes en esta misma dirección; por este camino, tal vez en un futuro próximo podamos esperar cambios en la relación asistencial y como consecuencia que las decisiones clínicas puedan ser mejor compartidas entre profesionales y ciudadanos.
No obstante habrá que entender que el profesional sanitario se encuentra más seguro con el encuadre profesional tradicional y que la transformación hacia un papel mas delegativo, menos directivo no esta exento de dificultades, sin olvidar que otros condicionantes derivados de lo institucional –recursos, estructura-, no favorecen en el momento actual esta transformación.
La reflexión del papel del ciudadano en el terreno de lo "comunitario", en la promoción de la salud, no creo que pueda ser nada distinta al abordaje de lo "individual". En primer lugar, porque no se pueden compartimentar los escenarios de la interacción profesional/ciudadano. Trabajar en lo comunitario implica el conocimiento básico de la red social y comunitaria, de sus recursos y de las personas que la forman; el trabajo comunitario de un médico de familia comienza en su propia consulta[6] y en las relaciones que establece con sus pacientes. De modo que las posibilidades de ser útil para el paciente tienen mucho que ver con el conocimiento de la red social y de las alianzas que el centro de salud y los profesionales que lo integran son capaces de establecer dentro de la propia red social y comunitaria.
Un tipo de relación más horizontal y menos de experto, en la que el profesional de la salud pone sus conocimientos a disposición de las personas que trabajan en la red social de una comunidad, se hace necesaria, para permitir que los ciudadanos recuperen mayor capacidad en la toma de decisiones sobre su salud individual y colectiva.
El propio concepto de promoción de la salud ha ido modificándose hacia un planteamiento donde lo esencial es el proceso en el que los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones –empowerment[7]-, y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades.
Nuestra experiencia avala este planteamiento y nos ha permitido aplicar metodologías como la investigación acción participativa[8] en la que los grupos de la comunidad, partiendo del conocimiento del medio han sido capaces de formular hipótesis en relación con diferentes problemas de salud -estilos de vida, servicios sanitarios, salud mental, convivencia en el medio escolar- que han sido analizados con los instrumentos de la investigación social, aumentando la capacidad crítica sobre los determinantes de la salud y logrando una implicación de las personas en transformar las condiciones de su entorno personal y social.
En relación, por último, con el papel del ciudadano en la gestión –planificación, gestión, evaluación y control- de los servicios sanitarios, hay que resaltar que los instrumentos puestos a disposición por las Administraciones Sanitarias – consejos de salud- para este objetivo, no han permitido una participación real, debido a la escasa capacidad de decisión de estos organismos[9,10].
Nuestra propuesta, para el análisis en este último aspecto, sería iniciar un debate sobre la modificación de la normativa de estos órganos de participación en relación con las nuevas estrategias de gestión clínica de los ser-

vicios sanitarios, de modo que la delegación a las unidades clínicas de una mayor autonomía en la utilización de los recursos – humanos, financieros, equipos- viniera acompañada de un nuevo marco de competencias de los consejos de salud para constituirse en verdaderos organismos de participación ciudadana con capacidad para evaluar y controlar estos procesos.

Bibliografía

1. Manuel Martín-García, Carlos Ponte-Mittelbrun y Marciano Sánchez-Bayle. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. Gac Sanit. 2006;20 (Supl 1):192-202.
2. Del Castillo M, Antoñanzas A. Apuntes sobre la relación médico paciente. Área 3. 1995;2:25-8.
3. Albert J Novell. Medicina basada en la afectividad. Med Clin (Barc). 1999;113:173-5.
4. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. La emoción y la intuición como herramientas para gestionar la incertidumbre en la toma de decisiones en medicina de familia. Aten Primaria. 2005;35:306-10.
5. Ruiz Moral R. La relación clínica, hoy. Aten Primaria. 2005;35:279-80.
6. Turabián JL, Pérez-FrancoB. ¿Cuál es el sentido de la educación para la salud y las actividades «comunitarias» en atención primaria? Aten Primaria. 1998;22:662-6.
7. OMS. Health Promotion Glossary. Ginebra. 1998
8. Paloma Bru Martín, Manuel Basagoiti R. La investigación-acción participativa como metodología de mediación e integración sociocomunitaria. Comunidad nº 6 2003.
9. Ruiz-Giménez Aguilar JL. Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español. Comunidad. nº 8, 2005.
10. María José Aguilar Ibáñez Participación comunitaria en salud: balance crítico sobre los consejos de salud y otras experiencias participativas en Atención Primaria. Comunidad nº 9, 2006.

Construyendo participación desde la relación profesional-paciente

E. Bolaños Gallardo

La autonomía y participación del paciente en los procesos de salud y enfermedad y en la vida de las instituciones que promueven y cuidan su salud es un desafío para el sistema sanitario. La relación profesional-paciente es una dimensión central en este proceso, aunque no la única. Comencemos hablando del papel de la información, ésta es esencial para reducir la incertidumbre, tomar decisiones y mejorar la autonomía de la población en el cuidado de su salud. Sin embargo, en muchas ocasiones las fuentes de información que los y las usuarias encuentran en el sistema sanitario son escasas, fragmentadas y poco claras, lo cual favorece poco la participación. Sabemos que la información debe ser clara, continua, adaptada a las diferentes fases y necesidades. Es imprescindible atender a la asimetría de información entre el profesional sanitario y la población. En este intercambio de información es fundamental que se produzca una interacción bidireccional, en la que el personal de salud compruebe la comprensión y anime y estimule al paciente a manifestar dudas, a expresar su parecer y a reconocer sus saberes. Cuando las personas entienden su enfermedad o las formas de promover su salud y desarrollan recursos para integrarla en su vida cotidiana puede aumentar las posibilidades para desarrollar capacidades para afrontarla mejor.

Por otra parte, la confianza depositada en los y las profesionales aparece como un elemento central para estimular la participación. Cuando la población puede articular y expresar abiertamente sus puntos de vista, sus preocupaciones, temores y dificultades para el cuidado de su salud, resulta más fácil que desempeñen un rol crítico y participativo y una mayor asunción de responsabilidad en el cuidado de su salud. Entender el marco existencial de las personas usuarias, así como las vivencias de los problemas de salud y enfermedad es crucial para plantear estrategias de colaboración y mejora. Crear contextos y espacios adecuados y construir un clima de cercanía y respeto son variables clave en el desarrollo de la confianza entre profesional y paciente. La estructura y el proceso asistencial deben garantizar las condiciones para que dicha relación mejore.

El modelo de empoderamiento, creado por el pedagogo brasileño Paulo Freire y adaptado al campo de la salud, sugiere que la participación de las personas mediante oportunidades de diálogo incrementa el control y la percepción y capacidad poder realizar transformaciones en su vida y mejorar su salud. Los métodos de relación y comunicación orientadas a la participación de las personas en el ámbito sanitario y a reducir la asimetría derivadas de las distintas posiciones en las que se encuentran los interlocutores, facilitan el diálogo y la posibilidad de ayuda. El empoderamiento se define como el proceso a través del cual una persona está en condiciones de reflexionar, tomar conciencia y transformar algunos de los aspectos que influyen en su salud, con objeto de incrementarla y mejorarla. Se basa en el principio de que para tener salud, las personas han de ser capaces de introducir cambios no solo en sus conductas personales, sino en la situación social y en las instituciones que influyen en sus vidas. Este modelo parte de una característica fundamental: nadie enseña a nadie, nadie aprende solo, sino que las personas aprenden entre sí, mediatizadas por el mundo. Por lo tanto, el papel del profesional y del sistema sanitario es plantear un modelo asistencial en el que los aspectos interpersonales y técnicos están orientados a impulsar la autonomía y la participación de los y las usuarias desde un contexto dialéctico de aprendizaje mutuo. En este proceso, el protagonismo recae sobre el paciente mientras que el profesional asume, desde la responsabilidad, un rol facilitador.

La capacidad de comunicar información relacionada con la salud y motivar el deseo y la posibilidad de participar en la toma de decisiones deben ser herramientas clínicas básicas. Los y las profesionales necesitan conocer mejor a sus pacientes y desarrollar capacidades para el pacto y el consenso, acompañarles en la toma de decisiones y respetar éstas, así como incorporar las propuestas y necesidades expresadas por la ciudadanía. En estos cimientos se asienta una relación profesional-paciente que tiene como fin situar a la población en el centro del sistema sanitario.

Bibliografía

Bolaños E, Sarría Santamera A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de AP: un estudio cualitativo. Aten Primaria. 2003;32:195-200.

Freire P. Pedagogía y acción liberadora. Madrid: Ed. Zero, 1979.

Freire P. Cartas a quien pretende enseñar. Madrid: siglo XXI, 1994.

Roter D. The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. Patient Educ Couns 2000;39:5-15

Tizón García JL. A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. Aten Primaria. 2007;39:93-7.

Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. Health Educ Q. 1988;15:379-94.

Violencia de género: una prioridad sanitaria y un reto social

Moderadora:

M.C. Fernández Alonso

Médica de familia. Coordinadora del Grupo de Salud Mental del PAPPS de semFYC y del Grupo de Violencia Doméstica de SocalemFYC.

Ponentes:

C. García Moreno

Coordinadora de Género del Departamento de Género y Salud de la OMS. Ginebra, Suiza.

C. Colomer Revuelta

Directora del Observatorio de Salud de la Mujer y de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

A.M. Pérez del Campo

Diplomada en Derecho Matrimonial. Presidenta de la Federación Nacional de Mujeres Separadas y Divorciadas Directora del Centro de Atención, Recuperación y Reinserción de Mujeres y Niños/as maltratados.

S. Herrero Velázquez

Médico de Familia. Grupo de Violencia Doméstica de socalemFYC.

Violencia de género: prioridad sanitaria y reto social

M.C. Fernández Alonso

Hoy, cuando casi de forma unánime se reconoce a la Violencia de Género (VG) como un problema social de primer orden y estados y organizaciones sanitarias la reconocen como una prioridad sanitaria, las preguntas surgen al analizar la respuesta de la sociedad, de los gobiernos y de los profesionales de los diferentes ámbitos ante este problema.

A pesar de contar en nuestro país con un marco legal de los mas avanzados respecto a la igualdad en los derechos de la mujer y de medidas contra la VG, la realidad es que en la práctica, aun estamos lejos de esa igualdad y las medidas de intervención (prevención, atención y protección) no están siendo todos lo efectivas que sería deseable. No se comprende cómo, ante un problema que causa la muerte de una mujer cada 5 minutos en el mundo y que genera enfermedad, discapacidad y gravísimas secuelas en mujeres e hijos que comparten hogares violentos, la respuesta institucional y social, no haya sido más enérgica y comprometida.

Seguimos sin conocer la verdadera magnitud del problema en nuestro país, aunque reconocemos que el incremento de denuncias que cada año se producen, quizás traducen que un número cada vez mayor de mujeres ha decidido decir ¡basta¡, han decidido no seguir tolerando el maltrato y se han atrevido a pedir ayuda, tal vez por sentir un mayor respaldo social y jurídico; tal vez porque algún profesional les oriento, les apoyó, les mostró un camino con esperanzas reales de cambio.

Respecto a la respuesta desde el sector sanitario, la implicación de los profesionales ha sido hasta ahora baja, pero medidas que recientemente se han puesto en marcha como la elaboración del Protocolo Común para la detección de la VG o su inclusión en la Cartera de Servicios del SNS, podrían suponer un cambio importante. Sin embargo un protocolo por si solo no es garantía de cambio en la práctica de los profesionales si no va acompañado de medidas imprescindibles para su implantación y desarrollo efectivo, como son su difusión, la formación de los profesionales implicados, la puesta en marcha de los recursos necesarios para dar respuesta a las necesidades detectadas, contemplar la adaptación del mismo a situaciones particulares(mujeres inmigrantes, rurales, discapacitadas etc.) y evaluar los resultados de las intervenciones .

Los profesionales de atención primaria pueden desempeñar un papel clave en la detección precoz, en la atención y en el seguimiento de la mujer que sufre violencia; su implicación y la respuesta eficaz ante este problema constituyen un reto, reto que sin embargo no se ha asumido como colectivo. Las resistencias pueden estar motivadas quizás por las carencias formativas de los profesionales, por los prejuicios y estereotipos compartidos con la sociedad en la que viven, y quizás por la falta de confianza en sus posibilidades de intervención.

Es necesario el compromiso del sector sanitario para asumir la responsabilidad que le corresponde en la detección y tratamiento de las victimas de maltrato. Sin embargo no ignoramos que es imprescindible la implicación de otros sectores e instituciones para que el proceso de atención sanitaria a las víctimas sea integral y coordinado. Pero si queremos erradicar este problema de nuestra sociedad, serán necesarios cambios importantes en los valores, en el papel real de la mujer, en el respeto a los derechos de la persona. Por ello no es solo un reto sanitario sino también un reto social

En la mesa se debatirá la necesidad de dar respuesta desde el sistema sanitario a las situaciones de violencia de género, algo que aunque incuestionable a nivel teórico, no está incorporado de hecho a la práctica asistencial.

¿Por qué la OMS considera las actuaciones frente a la violencia una prioridad de intervención? ¿Cual es desde una visión estratégica el papel del sector sanitario?

En España, respecto al protocolo común de actuación sanitaria ante la VG recientemente aprobado ¿Qué medidas va a poner en marcha el ministerio de Sanidad y los Servicios de Salud para que su implantación y desarrollo sean eficaces?

¿Cuál es el papel de los profesionales de Atención Primaria? ¿Cómo mejorar la detección? ¿Cómo actuar tras el diagnóstico? ¿Qué necesidades de coordinación y qué recursos son necesarios?

Cómo la sociedad, la comunidad a través de sus asociaciones puede colaborar en la respuesta ante el problema?¿Cómo promover el compromiso social y la participación comunitaria en la tolerancia cero frente al maltrato? ¿Qué opinan las mujeres que sufren maltrato del papel de los profesionales sanitarios?

Las ponentes ofrecerán la visión desde distintos ángulos respecto al tema objeto de la mesa redonda y esperamos que contribuya a sensibilizar a los asistentes y a cooperar en la misión de conseguir que el derecho a la libertad, a la dignidad y a la salud de las mujeres sean respetados, así como al derecho a una convivencia en igualdad entre las mujeres y los hombres

Actuación de los profesionales de Atención Primaria de Salud en el abordaje de la violencia de género

S. Herrero Velázquez

"*La violencia de género constituye la primera causa de muerte en el mundo en mujeres de entre 15- 40 años*". Y es que resulta impactante, por no decir escandaloso, que a nivel mundial hoy en día, donde el progreso nos ha llevado a metas inimaginables, la primera causa de muerte femenina, en el periodo de vida mas productivo para las mismas, sea la violencia ejercida contra ellas, por el hecho de ser mujer, *por encima de los accidentes de tráfico, el cáncer o las guerras.* Pero si analizáramos en profundidad esta afirmación y fuéramos capaces de leer entre sus líneas, podríamos ver a muchas mujeres sufriendo a diario, en su vida de pareja, una violencia invisible, normalizada por la sociedad y casi siempre ocultada por propia mujer, por la angustia, el dolor y la vergüenza que les genera. Las estrategias de intervención han tenido hasta ahora, como principal objetivo, la acción reparadora, de un modo aislado, de las consecuencias de la violencia sobre la salud de la mujer. Hoy es especialmente primordial para abordar este complejo problema que tomemos conciencia de la importancia de incorporar en nuestras actuaciones los 3 niveles de atención: prevención primaria, prevención secundaria (diagnóstico precoz) y prevención terciaria (tratamiento una vez diagnosticado). Los profesionales de Atención Primaria estamos en un lugar privilegiado dado que podremos intervenir en cualquiera de los tres niveles e incluso ser un buen elemento coordinador del abordaje integral que esas mujeres y su familia puedan necesitar.

En Prevención Primaria, nuestra labor no va a ser la más importante. La familia, la escuela, la sociedad va a tener un papel mucho más relevante. La educación en igualdad, y en valores como el respeto, la tolerancia allanarán el camino que podrá fin a esta lacra social. Nuestra aportación se podrá realizar en las oportunidades que tengamos, de un modo individual o colectivo, de participar en las actividades de educación para la salud. Otra actuación a este nivel más accesible para todos /as es detectar, en nuestras consultas, situaciones de especial riesgo o vulnerabilidad que puedan exponer y/o predisponer a la mujer a una situación de riesgo para sufrir violencia de género o al varón de ejercerla.

Pero nuestro papel fundamental va a estar claramente en *la prevención secundaria* (el diagnóstico precoz). Adelantar el diagnóstico de la violencia,

hacerla visible sobre todo para la mujer, es uno de los retos mas importantes para los servicios de salud y en especial para la Atención Primaria si consideramos que el tiempo de evolución es uno de los condicionantes más importantes para el pronóstico tanto de la víctima, de los hijos y del propio agresor. Las principales organizaciones internacionales en prevención mantienen abierto el debate sobre la idoneidad del cribado poblacional, siendo éste uno de los aspectos más debatidos en los últimos años. Pero cuando se conocen las cifras de prevalencia de la violencia de género así como las graves consecuencias para la salud de las mujeres y de los hijos/as que viven en entornos maltratantes, se nos plantean interrogantes como: ¿Por qué nos cuestionamos la realización o no del cribado? ¿Se debe hacer cribado poblacional o solo preguntar ante ciertas señales de alerta/ situaciones de especial vulnerabilidad o a personas con perfiles de riesgo? ¿Cuál sería la herramienta más indicada para realizar el diagnóstico precoz?

Otra actuación importante de los profesionales de la salud va a estar en la prevención terciaria *(el abordaje de los casos diagnosticados).* Respecto al abordaje y el tratamiento de la violencia de género, la evidencia de las intervenciones está en revisión. Sin embargo, a pesar de las limitaciones, debemos tener claro que, para aquellas familias que sufren la violencia será sustancialmente beneficioso el simple hecho de que el ciclo de la violencia pueda ser interrumpido. Sistematizar nuestra actuación hará más eficaz nuestro abordaje, nos ayudará a minimizar los riesgos, a mejorar el bienestar y la salud de la mujer víctima de maltrato y nos permitirá evaluar adecuadamente nuestras actuaciones. Deberemos conocer como abordar un caso agudo, valorar los riesgos para la víctima en cualquiera de sus formas, cuales son nuestras responsabilidades éticas y legales y como conjugarlas teniendo siempre en cuenta el mayor beneficio para la víctima así como establecer planes de actuación según las circunstancias de cada mujer en coordinación con los demás profesionales tanto sanitarios como sociales.

Los/as profesionales de salud y sobre todo los/as de Atención Primaria tenemos *una oportunidad única de intervención pero también la responsabilidad de actuar*. Somos un eslabón más de una cadena que hoy ya no debería ser un símbolo de opresión sino de unidad, oportunidad, igualdad, respeto, compromiso,….. y esperanza.

Medicina de familia y medios de comunicación. ¿Una relación posible? Y, ¿necesaria?

Moderadora:

B. Merino Vázquez

Periodista especializada en información sanitaria. Corresponsal *El Economista* en México.

Ponentes:

A. López Santiago

Médico de familia. Ex vicepresidente de semFYC.

J.M. Barberá Mateos

Vicepresidente de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS) y director del semanario *7 Días Médicos*.

S. Perales Madrigal

Subdirectora de *El Médico* y *El Médico Interactivo*.

A. González Vegas

Redactora del área de Sanidad y Sociedad de *Diario de Burgos*.

Presentación de la mesa

B. Merino Vázquez

La semFYC es una sociedad científica cuyo fin último es promover y fomentar el óptimo desarrollo de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria y la Atención Primaria de Salud en España.

Desde sus inicios, la semFYC ha considerado que una herramienta para conseguir este fin es la comunicación externa a través de una relación fluida con los medios de comunicación.

En los últimos años, la semFYC se ha consolidado como fuente de información para los periodistas, convirtiéndose a menudo en protagonista de la noticia; al tiempo que trata de comunicarse con la sociedad a través de la prensa para hacer promoción y educación para la salud. Por ello, en los últimos años y de forma creciente los médicos de familia son requeridos por los medios de comunicación para ser entrevistados. En muchos casos la comunicación resulta fallida y suelen aparecer errores que dificultan y obstruyen la relación entre médicos y periodistas.

Según un Informe de la Comisión Nacional de la Especialidad del año 2006, uno de los principales problemas detectados en los recién licenciados que se incorporan a las Unidades Docentes es que "presentan una importante distorsión formativa alejada de la realidad asistencial y el trato con el paciente. *Tienen exhaustivos conocimientos teóricos*, que abarcan desde los más básicos a los más subespecializados pero *presentan carencias en aspectos clave como la comunicación*".

Por otra parte, los periodistas carecen en muchas ocasiones de una formación especializada que les permita trabajar con rigor.

El objetivo de la actividad es averiguar cuál es la percepción de los medios de comunicación y de la sociedad en general sobre la especialidad de la Medicina de Familia y de la semFYC, en particular con el fin de lograr un punto de encuentro entre ambos.

Para ello, contaremos con la participación de periodistas especializados en información sanitaria y un médico de familia que ha sido vocal de comunicación de la Sociedad.

Medicina de familia y medios de comunicación. ¿Una relación posible?

J.M. Barberá Mateos

En España, a pesar de las trabas que ponen los mandos intermedios de las redacciones, directores, editores y empresarios hemos pasado de publicar 5.000 informaciones diarias en 1997 (contando sólo los cinco diarios principales de tirada nacional) a cerca de 18.000 en 2005, último año del que se tienen datos.

Desde el punto de vista de los ciudadanos, el escenario de la información en materia de salud puede plantearse con dos actores básicos: la información como medio para obtener educación sanitaria y como necesidad de saber sobre la enfermedad que afecta a un determinado individuo.
De manera que, en primer lugar, es preciso saber si el público está interesado en la información sanitaria y sobre salud. Responder a esta pregunta es de vital importancia para dotar de la responsabilidad que se le supone a la información sanitaria y para rearmar moralmente a los periodistas que escriben sobre ella en la lucha por conquistar cuotas de poder dentro del medio de comunicación en el que trabajen.
Una encuesta reciente, presentada en diciembre de 2006 en la Asociación de la Prensa de Madrid (APM) desveló que los profesionales y las informaciones más fiables para los ciudadanos son las relacionadas con la salud y la ciencia (70%), seguidas por las de internacional (50%). En último lugar, por el contrario, se sitúan las de política (8%) y prensa rosa (0,5%).
Pero este no es el único problema. Aparte del papel desestabilizador de editores y programadores que anteponen los intereses personales y empresariales a los del público, existe una tendencia endogámica de las fuentes (los médicos, en este caso) y los propios periodistas a hablar de cosas que sólo les interesa a ellos. A pesar de todo, la conclusión es que a la gente, al ciudadano, al público –se le considere cliente o lector- le interesa mucho la salud
En el caso concreto de la Atención Primaria (AP) y las noticias que genera, resultan vitales tanto para el periodista como para el público-paciente por muchas razones: porque en su ámbito entra de lleno el importante mundo de la prevención; porque los médicos de A.P. deben saber un poco de todo; porque son el primer escalón sanitario y, finalmente, porque son las fuente de información en la que más cree el ciudadano.
Un trabajo realizado en 2006 por la Biblioteca Josep Laporte así lo confirma, dado que un 60 % responde que confían mucho en lo que les dicen científicos y médicos, y, en concreto, los médicos de cabecera, quedando detrás los profesores y luego los periodistas, siendo los últimos, los políticos.
Establecido que las noticias sobre salud interesan a la población y que e quien más confían los ciudadanos es en los médicos de atención primaria, lo siguiente es ver qué ocurre con la prensa que, al menos teóricamente, se encarga de informar al médico generalista; la denominada "prensa especializada".

Desafíos de la prensa especializada

Uno de los desafíos para los medios tradicionales es cómo atraer a la nueva audiencia. Este desafío también está presente en la prensa especializada. Dentro del panorama de la prensa médica en España conviven distintos estilos de contenidos y continentes. Unos recalan en el hospital aunque sus teóricos lectores son los médicos de primaria; otros se vuelcan más en sus recursos on line; algunos otro priman las humanidades y, finalmente, están los que apuestan por la actualidad, los grandes reportajes y la formación contínua de los médicos de atención primaria a los que se dirigen.
Uno de los problemas que se plantean a la hora de elaborar una información especializada de calidad es la fuente a la que se acude. Muchas veces la fuente, ya sea sociedad científica, organismo público, laboratorio farmacéutico... que normalmente contrata los servicios de una agencia consultora –, trata de imponer al periodista lo que a él le interesa publicar lo que, en un número amplio de veces, no coincide con lo que el periodista desea publicar.
Otro asunto no resuelto es la identidad e identificación del lector con una revista. Lectores, en este caso médicos, en los que no se tiene muy claro que es lo que quieren y, desde luego, que no están acostumbrados ni dispuestos a pagar por la información. Además, ahora estamos asistiendo a la figura emergente del médico-político y el médico-divo que pretende controlar las informaciones como elemento propagandístico personal, y que prefiere salir "retratado" antes en un medio general que en un medio especializado, para sorpresa de muchos de sus compañeros.
Por otro lado, y al igual que ocurre con el público y la prensa general, aquí los pacientes cada vez reclaman mayor participación en la información y la comunicación. No tanto dentro de las revistas médicas, que son profesionales y para profesionales, como ante el médico, que es el principal lector de las revistas. Aún así, algunos semanarios ya incluyen entre sus páginas espacios dedicados a las asociaciones de pacientes, no sólo con el objetivo de que la Administración sanitaria se entere de cuáles son sus carencias, sino también de que lo sepa el médico.
Por otro lado, está demostrado que la prensa especializada es el vehículo más rápido y directo de intercomunicación entre los profesionales de Atención Primaria, y más en un momento como en el que nos encontramos, de fragmentación de especialidades y fragmentación de las audiencias al máximo.

Papel del médico

Pero en su relación con los comunicadores y/o periodistas, el médico también debe estar dispuesto a afrontar ciertos cambios. Cambios relacionados con el mensaje que se da; el cómo y el cuando; y su trato con el mensajero. Y es que es preciso que el profesional de la medicina aprenda algo de comunicación como el periodista especializado debe aprender algo de medicina. Acercar estas dos posturas es vital para asegurarnos de que lo que se comunica está lo más cercano posible a la realidad. Por el momento, en esta pequeña carrera, son los periodistas los que llevan la delantera (al menos, los especializados), porque saben mucho más de medicina y sanidad; que el médico de comunicación y periodismo.
Este necesario aprendizaje e intercambio, además, proporcionará al médico las herramientas necesarias para comprender con quien habla (de qué medio) y qué debe explicar con más detalle. Igual que no es lo mismo hacerle una pregunta a un cirujano cardiovascular que a un médico de familia, tampoco es lo mismo trasmitir un mensaje a un medio especializado que a uno general. Es más, como no podía ser de otro modo, es en la prensa especializada, donde los periodistas cuentan con una más alta cualificación.
Es importante que valore bien lo que comunica, porque ni todo vale, ni es bueno estar "siempre en los papeles". Este es un mal que afecta a muchas sociedades científicas, más que a sus asociados de forma aislada.
Desde la Asociación Nacional de Informadores de la Salud, preconizamos esta especialización como base para evitar o atenuar errores conceptuales, para ser más rigurosos y precisos, y también para comprender que el objeto de nuestra información, la salud, es un bien muy preciado, aunque no la valoremos lo suficiente hasta que la perdemos.
Finalmente, señalar que las posiciones de médicos y periodistas deben acercarse para transmitir a la población los conceptos de salud y hábitos de vida saludables indispensables para vivir más y mejor. Con respecto a los médicos de atención primaria, podría decirse que necesitan aprender a comunicar mejor; con relación a los periodistas que deben esforzarse por ser más precisos en sus informaciones y con respecto a la propia información que no está en crisis, sino, tal vez, el plato en que se sirve.

Médicos, noticias y redundancia

El médico, sobre todo el que interviene en el primer escalón sanitario, y el paciente, son el medio y el objetivo principal del sistema sanitario. El informador, a veces periodista, está en medio de ambos y debe actuar de intermediario de la información atendiendo a tres criterios básicos: veracidad, ética y responsabilidad. De manera que sobre el profesional recae la responsabilidad de "educar" a médico y ciudadano transmitiendo una información fiable y veraz.
Pero, ¿Quién educa al periodista?, la especialización no es la moneda corriente de quienes elaboran esta información, salvo en la prensa especializada, y esto, nuevamente, es un problema importante. La Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS) que cuenta con casi medio millar de socios, tiene, como uno de sus objetivos, invertir este proceso y abogar por la especialización de los periodistas a través de los múltiples actos que organiza a lo largo del año. Un acuerdo de colaboración entre las sociedades de atención primaria y la ANIS sería recomendable y deseable para afrontar un futuro de comunicación/información común y consensuado.

El interés de la medicina de familia por la prensa especializada

S. Perales Madrigal

Los pasos dados por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) en materia de comunicación y difusión social de sus actividades, posicionamientos, etc. han ido configurando la trayectoria de esta Sociedad Científica como proveedora de información a los *mass media.*
Dicha trayectoria coincide en el tiempo y de forma paralela a la consolidación de un periodismo netamente sanitario a mediados de los años 90. Hasta ese momento, los medios de comunicación que se dedicaban a in-

formar de la actualidad sanitaria eran fiel reflejo del clima que se respiraba en su entorno sanitario, clima que evidentemente estaba dominado como no podía ser de otra manera por el "hospialocentrismo", con el agravante de que, generalizando, las relaciones entre los profesionales médicos y los medios de comunicación era pasiva y distante hasta rayar en la desconfianza, en muchos casos.

Tampoco, por aquel entonces ni la Medicina de Familia ni la semFYC les resultaba "muy familiar" a los periodistas de la época, hasta la "gran movilización" que se produjo en 1995 tras la entrada en vigor de la Directiva europea que exigía la titulación de especialista en Medicina Familiar para poder ejercer en el primer nivel asistencial.

Por otra parte, el tipo de medios sanitarios que predominaba por aquella época era sobre todo revistas con una periodicidad semanal o quincenal, con escasas páginas dedicadas a la actualidad y más centradas en trabajos médico-científicos.

La aparición del primer diario sanitario y la progresiva incorporación de nuevas tecnologías informativas modifica este panorama, al tiempo que comienza a "mirar a la AP" de otra manera, al igual que lo hace la Administración y también la industria farmacéutica, que empieza a ver a los profesionales que la integran como un colectivo que va a generar el 80 por ciento de las recetas, montándose en torno a ello una potente estrategia de la que también participan los medios de comunicación.

Medicina de familia y Atención Primaria en la prensa local

A. González Vegas

Los medios de comunicación locales y los servicios que ofrece Atención Primaria tienen algunos paralelismos interesantes pese a lo cual no viven el "romance" que sería necesario o que podría deducirse de tanta semejanza. Por un lado, ambulatorios y centros de salud proporcionan la solución a los problemas de salud y cuidados fundamentales a la población y suponen un referente de primer orden para la ciudadanía. Por otro, los periódicos, las radios, las televisiones y las páginas web de ámbito local se hacen eco de las tribulaciones cotidianas de la gente y, cada vez más, escriben al dictado de los lectores, cuentan las cosas que pasan en las calles, en las plazas, en los ayuntamientos donde se sucede la vida. Es decir, se encuentran en el mismo nivel de cercanía. Entonces cabe preguntarse ¿Por qué el profesional de Primaria no aparece en los medios más asiduamente y de forma más equivalente a la importancia que le dan los usuarios?

No puede deducirse de esto que Atención Primaria no importe. Quizás, el "hospitalocentrismo" acuciante en la sociedad le puede quitar protagonismo y cualquier periodista de un medio local afirmaría rotundamente que una novedad quirúrgica en el hospital de referencia ocupará más y mejor espacio que las preocupaciones de un médico de Familia. Puede achacarse esta situación a que las agendas de los medios hace mucho tiempo que dejaron de ser autónomas y que se forman al dictado de los políticos y, como nadie ignora, los compromisos políticos con respecto a los grandes temas sanitarios (listas de espera, urgencias, consultas) son una baza electoral fundamental que nadie desprecia sino, todo lo contrario, utiliza con fruición. ¿Quién escucha hablar de los tiempos de espera en Primaria en período electoral? Nadie. En cambio los compromisos sobre las listas de espera quirúrgica pueden hasta hacer surgir compromisos de dimisión con meses de antelación.

Si se echa un somero vistazo a las informaciones locales sobre Primaria, en primer lugar aparecerán las que tienen que ver con infraestructuras (pero es por esto que comentábamos anteriormente: ¿a qué responsable no le gusta anunciar que va a invertir x millones de euros en un nuevo centro con unas magníficas instalaciones?); quizás después estén las referidas a las reivindicaciones laborales (con protagonismo de los sindicatos) y, finalmente, las que unifican las aspiraciones de los trabajadores sanitarios con las necesidades del usuario (por ejemplo, la reivindicación de los 10' de consulta). Pocas veces el profesional de Primaria es el protagonista de una información de salud pública, en estas ocasiones, el periodista acude casi siempre al especialista, probablemente porque tenga un mejor acceso a él.

La accesibilidad de las fuentes es fundamental para el trabajo periodístico. Los hospitales, en este sentido, "se venden" mejor que los centros de Primaria cuyos trabajadores podrían contar muchas cosas útiles para el usuario a través de los medios. Para ello será imprescindible que se rompa la barrera entre el periodista y el médico de Atención Primaria. ¿Forma de hacerlo? Con el conocimiento mutuo con respecto a la labor de cada uno. Desgraciadamente la especialización existe muy poco en la prensa local y son solo los grandes periódicos (los periódicos históricos, muchos de ellos con más de cien años y sólida estructura) los que pueden permitirse tener un profesional especializado en el campo de la sanidad. Esto hace que en la mayor parte de los medios no haya tiempo para conocer cómo es la sanidad por dentro y, lo que es más importante, conocer a las personas que son, finalmente, las que pueden sugerir temas a los periodistas.

En este sentido, no sería descabellado proponer que las Gerencias de Atención Primaria se abran un poco más a los medios, que no tengan miedo, que utilicen los periodistas que tienen las Administraciones a su disposición para conocer qué se cuece en las redacciones y que no cercenen las iniciativas de los médicos (en algunos casos necesitan el "permiso" de sus superiores jerárquicos para "hablar con la prensa"). El médico de Primaria debería ser una presencia constante, dada la cada vez mayor trascendencia que tiene la información referida a la salud y eso solo se consigue con la cercanía a los periodistas que evitaría, además, la comisión de errores en cuanto a terminología médica o puntos de vista que, en muchas ocasiones, los sanitarios achacan a los redactores.

MESA DEL PAPPS

Conclusiones de la 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España

A. Martín Zurro
Médico de familia. Presidente del Organismo de Coordinación del PAPPS. Presidente del Comité Académico de la 1.ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España.

¿Está justificada la prevención primaria y secundaria del cáncer de pulmón y del cáncer de cérvix?

Ponentes:

M. Marzo Castillejo
Médico de familia. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Institut Català de la Salut (ICS), Barcelona. Coordinadora del Comité Científico de semFYC. Miembro GRADE Internacional. Miembro del Grupo cáncer PAPPS-semFYC.

L. Arribas Mir
Médico de familia. Centro de Salud Universitario de La Chana. Granada. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de Granada. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.

C. Cabezas Peña
Médico de familia. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Máster en Metodología de Ciencias de la Salud. Subdirectora General de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Salud de la Generalidad de Catalunya. Co-Coordinadora del grupo de Educación para la Salud del Programa del PAPPS-semFYC.

El sistema GRADE y las recomendaciones del PAPPS

M. Marzo Castillejo

El Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de semFYC genera recomendaciones periódicas sobre intervenciones preventivas en base a las evidencias científicas, la morbilidad de nuestro país, los recursos disponibles y los resultados de la evaluación de las actividades preventivas de los equipos de atención primaria. Tradicionalmente en nuestro entorno de atención primaria, las clasificaciones sobre la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones que más de han utilizado son las de Canadian Task Force on Preventive Health Care –CTFPHC– y las de la United State Preventive Task Force –USPSTF–. El PAPPS, aunque de manera no sistemática, siempre se ha basado en la clasificación de CTFPHC. Sin embargo, recientemente en el si del organismo coordinador del PAPPS se ha consensuado utilizar la metodología GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group).

Desde el año 2000, un grupo internacional integrado en su mayoría por expertos en metodología y por clínicos, muchos de ellos procedentes de las organizaciones que establecieron las clasificaciones más conocidas o de organizaciones de notable peso tradicional o actual en la formulación de recomendaciones (USPSTF, Scottish Intercollegiate Guidelines Network –SIGN–, Oxford Center for Evidence Based Medicine, National Institute for Health and Clinical Excellence –NICE–, Organización Mundial de la Salud –OMS–), está trabajando en la iniciativa GRADE. Su objetivo es desarrollar un enfoque sistemático y explícito (el sistema GRADE) para realizar los complejos juicios que subyacen al clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones; un sistema que ayude a prevenir errores y a resolver desacuerdos y que facilite la lectura crítica y la comunicación la información.

Desde la perspectiva GRADE la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación indican, respectivamente, hasta qué punto podemos confiar en que el estimador del efecto de la intervención es correcto y hasta qué punto podemos confiar en que la aplicación de la recomendación conllevará más beneficios que riesgos. En las tablas 1 y 2 se indican los criterios del grupo de trabajo GRADE para evaluar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones. GRADE clasifica la calidad de la evidencia en alta, moderada, baja o muy baja, teniendo en cuenta el diseño del estudio y su ejecución, si la evidencia es directa o

TABLA 1 **Criterios GRADE para valorar la calidad de la evidencia**

Calidad evidencia	Diseño de estudio	Disminuir si*	Aumentar si*
Alta	ECA	Importante (-1) o muy importante (-2) limitación de la calidad del estudio	Asociación fuerte, sin factores de confusión, consistente y directa (+1).
Moderada		Inconsistencia importante (-1)	Asociación muy fuerte, sin amenazas importantes a la validez (no sesgos) y evidencia directa (+2)
		Alguna (-1) o gran (-2) incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa	Gradiente dosis respuesta (+1)
Baja	Estudio observacional	Datos escasos o imprecisos (-1)	Todos los posibles factores confusores podrían haber reducido el efecto observado (+1)
Muy baja	Cualquier otra evidencia	Alta probabilidad de sesgo de notificación (-1)	

*1 = subir o bajar un nivel (por ejemplo de alto al intermedio) 2 = subir o bajar dos niveles (por ejemplo de alto a bajo); **un riesgo relativo estadísticamente significativo de > 2 (< 0,5), basado en evidencias consistentes en dos o más estudios observacionales, sin factores confusores plausibles; ***un riesgo relativo estadísticamente significativo de > 5 (< 0,2), basado en evidencia directa y sin amenazas importantes a la validez

TABLA 2 **Decisiones acerca de la fuerza de las recomendaciones**

Factores que pueden debilitar la fuerza de una recomendación	
Calidad de la evidencia baja	Creará una mayor incertidumbre sobre el tamaño (relativo) de los efectos (beneficios y daños)
Incertidumbre acerca del balance entre beneficios y riesgos e inconvenientes	La incertidumbre sobre el riesgo basal, la prevalencia del problema o el estado de salud, que podrían afectar el tamaño del efecto (absoluto)
Incertidumbre o diferencias en los valores	La incertidumbre sobre la importancia relativa de los beneficios e inconvenientes para los afectados, o las diferencias en cuanto a la importante para las diferentes personas, lo que podría afectar al balance entre beneficios y riesgos e inconvenientes
Los beneficios e inconvenientes netos marginales	Los beneficios esperados netos o los inconvenientes son pequeños (e inciertos)
La incertidumbre sobre si los beneficios netos valen el coste que supone	La incertidumbre relacionada con la falta de información sobre el coste o si el gasto de los recursos está justificado para el beneficio esperado

indirecta, la consistencia y precisión de los resultados. Asimismo, distingue entre recomendaciones fuertes y débiles y hace juicios explícitos sobre los factores que pueden afectar a la fuerza de una recomendación, que van más allá de la calidad de evidencia disponible. El sistema GRADE tiene varias ventajas sobre otros sistemas, incluyendo definiciones explícitas y juicios secuenciales durante el proceso de clasificación; ponderación de la importancia relativa de los resultados de la intervención; criterios detallados para asignar la calidad de la evidencia a cada resultado importante y al conjunto de los resultados que se consideran claves a la hora de formular la recomendación; consideraciones sobre el balance entre los beneficios y los riesgos, los inconvenientes y los costes.

Durante la exposición se van a presentar dos ejemplos siguiendo los juicios secuenciales del sistema GRADE, los cuales guardan similitud con en proceso de toma decisiones que el clínico sigue en el día a día de la consulta. Los ejemplos escogidos son dos temas que estan en debate: la vacuna contra el VPH como herramienta de prevención del cáncer de cérvix y el cribado con TAC –radiografía con tres dimensiones– y el cáncer de pulmón.

GRADE no es todavía un sistema acabado y consolidado. El propio GRADE Working Group no lo considera como tal, y está refinándolo y elaborando un manual de aplicación además de nuevas publicaciones que contribuyan a su difusión (próximamente se publicará una serie de artículos en el BMJ sobre el mismo). Actualmente está en proceso la mejora del instumento GRADE profile, una aplicación informática de fácil utilización para la elaboración de los resúmenes (perfiles) de la evidencia.

GRADE es un proyecto riguroso y novedoso que puede ayudar a superar las limitaciones de los sistemas de clasificación previos. Actualmente son muchas las organizaciones que se interesan por él: OMS, Colaboración Cochrane, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), NICE, UpToDate, diversas sociedades científicas, entre otras. Desde la semFYC y otras instituciones de nuestro entorno, apostamos por avanzar en el uso del sistema GRADE en nuestro contexto y debatir su uso y adaptación.

Bibliografía

Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al; GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2004;328:1490.

Ault KA. Future II Study Group. Effect of prophylactic human papillomavirus L1 virus-like-particle vaccine on risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2, grade 3, and adenocarcinoma in situ: a combined analysis of four randomised clinical trials. Lancet. 2007;369:1861–68.

Marzo M, Alonso-Coello P, Rotaeche R. ¿Cómo clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones? Aten Primaria. 2006;37:5-8.

Marzo M, Montaño A. El sistema GRADE en la toma de decisiones clínicas, recomendaciones y guías de práctica clínica. Aten Primaria 2007 (en prensa).

Schunemann HJ, Fretheim A, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 9. Grading evidence and recommendations. Health Res Policy Syst. 2006;4:21.

The International Early Lung Cancer Action Program Investigators. Survival of Patients with Stage I Lung Cancer Detected on CT Screening. N Engl J Med. 2006;355:1763-71.

Cáncer de cérvix. La consulta en una nueva era

L. Arribas Mir

En los últimos años se han producido importantes cambios en el campo del cáncer de cérvix. Se ha confirmado la etiología del virus del papiloma humano (VPH), se han elaborado nuevos medios para su detección y ya se han comercializado las primeras vacunas. Hay nuevos planteamientos de cara a la prevención, y nos encontramos en un momento de ajustes, en el que aún no es fácil responder a algunas cuestiones. Además, en España, diferentes estrategias en las distintas Comunidades Autónomas (CCAA), y otros factores, condicionan una implicación muy desigual de los médicos de familia (MF) en la prevención de esta neoplasia. Pero disponemos de una sólida evidencia científica que demuestra los excelentes resultados que se obtienen cuando el MF participa activamente en la prevención del cáncer de cérvix; informando, captando mujeres, realizando la citología, comunicando los resultados y haciendo el seguimiento. Es momento de reflexionar desde nuestro ámbito. Entremos en la consulta.

Los contactos entre personal sanitario y usuarios, revisten una singular importancia. No podemos olvidar que actuamos para prevenir, detectar, y/o diagnosticar una *neoplasia*, y que la palabra cáncer preside todo el proceso. En general, tratamos con personas *sanas*. Cuando la lesión es detectada y/o diagnosticada, la mayoría de las veces las mujeres se encuentran *asintomáticas*. Tratar con sanos tiene sus matices, y con los enfermos, según estén asintomáticos o no, también los tiene. Además existe una *carga emocional*, derivada de las preocupaciones ante cualquier prueba alterada, que aquí puede ser un cáncer, una infección de transmisión sexual, o un simple frotis inflamatorio. La *información previa* a las pruebas es clave. A veces es difícil cuando se cita mediante cartas y llamadas. En un cribado oportunista depende mucho del tiempo de que disponga el médico y de su actitud. Pero las mujeres deben de saber que se les va a hacer y porqué. La elaboración de hojas informativas, para que las lean antes de la consulta ayuda mucho a que reciban una información de calidad y mas uniforme, y facilita mucho la entrevista clínica y el desarrollo de las exploraciones. No es muy habitual[1]. ¿Habría que plantearse realizar un consentimiento informado?[2].

Durante la consulta, la mas mínima duda, cualquier imprecisión, un mal gesto, pueden ser interpretados por los usuarios como que "algo no va bien". Y de fondo, siempre el cáncer. El trato que dispensemos es muy importante para conseguir adherencia al cribado. Un ambiente agradable, un trato acogedor, una cabina donde desvertirse con intimidad y comodidad, una exploración cuidadosa, en presencia siempre de otra mujer, un lenguaje asequible, harán que las mujeres acepten mejor las próximas exploraciones, que en los próximos años acudan a las citas, y que pongan en marcha el "boca a boca", recomendando las pruebas con el MF a otras mujeres reticentes. La *anamnesis para valorar riesgos*, especialmente la historia sexual, puede suponer una situación muy conflictiva y estresante, cuyo alcance rebasa las paredes de la consulta, y puede tener una trascendencia desastrosa en las futuras relaciones de las parejas. Invade la intimidad innecesariamente, consume un tiempo, y es de fiabilidad mas que dudosa[3]. Puede que suponga mas una barrera al cribado que un dato importante. La mayoría de los médicos de fa-

milia conocen a sus pacientes y no les pasa inadvertida esa minoría de mujeres de alto riesgo, prostitutas, inmunodeficientes, mujeres con lesiones previas, que requieren un seguimiento especial. La búsqueda sistemática de parejas con una biografía de múltiples parejas, o de promiscuidad actual, evidentes factores de riesgo, debería abandonarse, considerando de riesgo a toda la población que mantiene relaciones. Se soluciona con un cribado poblacional. La *comunicación de los resultados* requiere un circuito ágil y cuidadoso. El teléfono y el correo electrónico o postal pueden servir para comunicar resultados normales, pero cuando hay alteraciones significativas en las pruebas, en general, es mejor comunicarlo en consulta para que la mujer pueda hacer las preguntas que desee y aclararle sus dudas. La *terminología* a veces es muy inquietante. Decirle a una mujer que tiene un ASCUS requiere unos minutos y una buena explicación, sobre todo para que no deje de hacerse una nueva citología en el plazo que le indiquemos. Debemos explicar los términos aunque no se nos demande la aclaración. Evitar lo "indescifrable" para las mujeres. Una infección de *transmisión sexual* (ITS) requiere un exquisito cuidado en la forma y el contenido de la información. El test de VPH detecta infección, muchas veces transitoria. En edades jóvenes su positividad es altísima. Genera gran ansiedad en las mujeres. Tras informar, simplemente, que la infección por el VPH es una ITS, hay parejas que pueden entrar en crisis y llegar a romperse. Hay poco conocimiento en la población sobre el VPH. Sin embargo, si añadimos que la infección por VPH es muy frecuente, explicando su historia natural, su carácter asintomático, sus años de latencia, podemos reducir el estigma ITS y los sentimientos de vergüenza y la ansiedad de las mujeres[4], que vivirán de una manera mas normalizada la infección[5].

Los profesionales tenemos *déficit en nuevos conocimientos*. La vacuna, los test de VPH, las novedades que están llegando, nos enfrentan a nuevos retos en consulta, a peticiones que pueden no estar ajustadas a las evidencias o a las nuevas estrategias que se establezcan de cribado. Que los profesionales estén preparados es esencial. No todos son expertos. No todo está tan claro. Tal vez vamos demasiado deprisa. Pero también seguimos con *déficits en entrevista clínica*. Deberíamos revisar nuestra formación en esta área específica[6]. El reto no solo es disponer de los conocimientos, sino comunicarnos adecuadamente con las personas, en un modelo mas bidireccional, implicándolas mas en la toma de decisiones[7].

¿Y, en concreto, que hacer hoy desde la consulta?

Iniciar el cribado con citología a los 3 años de inicio de las relaciones sexuales o a los 25 en todas las mujeres que mantienen relaciones. Después de dos test anuales negativos, espaciar la citología a una cada 3 años hasta los 65. Podemos seguir utilizando la citología convencional[8], ya que la líquida no es mejor a la hora de detectar lesiones, aunque es preferida por los citólogos, es más rápida y permite hacer test de VPH. Solo a las mujeres de 40 o mas años que nunca se han hecho citología o que no se la han realizado en los últimos 5 años (Mal cribadas), hacerles test del VPH. Hoy el test de VPH recomendable es el de captura de híbridos y no PCR, ya que la captura de híbridos es el único que ha pasado ensayos randomizados, y es mas que suficiente para detectar virus en general, sin que nos importe el tipaje. Todos los positivos lo son a virus oncogénicos. Se debe huir de las tentaciones de hacer test de VPH a todas las mujeres. Es cierto que pueden mejorarse los resultados del cribado mediante citología con test VPH, pero es mas importante captar a las mujeres que nunca se hacen nada. La mayoría de las mujeres a las que se diagnostica un cáncer invasivo nunca se han hecho la citología. No hacerse la citología es el mayor factor de riesgo para el cáncer de cérvix. Se debe hacer un esfuerzo desde atención primaria para aumentar la cobertura del cribado, que en España está entre un 49% - 75%[9]. Para nosotros una forma poco compleja de mejorar podría ser mediante un sistema "mixto", por llamarlo de alguna manera, que aunque no sea estrictamente poblacional, deje de ser oportunista. Que cada MF revise su población de mujeres de 25-65 años y las capte de una manera mas activa de lo que se ha venido haciendo. Ya hay muchas mujeres infectadas por el VPH. Y, aún, demasiadas sin hacerse la citología ¡Ojalá que dentro de unas décadas no haya que hacer screening !. Ya veremos. Hoy sería muy grave relajarse. En los próximos años, los MF debemos seguir haciendo citologías. "Nos dirán", desde "arriba", si vacunar y como. Atentos a los avances, lo mas importante seguirá siendo hablar con las mujeres. Las cuerdas vocales están en el cuello. Al final, lo de siempre, una buena entrevista clínica, con una exploración cuidadosa. Cuello y cérvix. ¡Una nueva era¡

Bibliografía

1. Garbers S, Chiasson MA. Inadequate functional health literacy in Spanish as a barrier to cervical cancer screening among immigrant Latinas in New York City. Prev Chronic Dis [serial online] 2004 Oct [date cited]. 1 (4);1-10. Available from: URL: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/oct/03_0038.htm.
2. Chew-Graham C, Mole E, Evans L-J, Rogers A. Informed consent?. How do primary care professionals prepare women for cervical smears: A qualitative study. Patient Educ Couns. 2006;61:381-8.
3. Tideman RL, Chen MY, Pitts MK, Ginige S, Slaney M, Fairley CK. A randomised controlled trial comparing computer-assisted with face-to-face sexual history taking in a clinical setting. Sex Transm Infect. Published online first:10 november 2006. doi:10.1136/sti.2006.020776
4. Friedman AL, Shepeard H. Exploring the knowledge, attitudes, belief and communication preferences of the general public regarding HPV: Findings from CDC Focus Group Research and implications for practice. Health Educ Behav Online First, published on September 22, 2006 as doi:10.1177/1090198106292022
5. Waller J, Marlow LA, Wardle J. The association between knowledge of HPV and feelings of stigma, shame and anxiety. Sex Transm Infect. Published Online First: 10 November 2006. doi:10.1136/sti.2006.023333
6. Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. SEMFYC Ediciones. Barcelona 2004.
7. Collins S, Drew P, Watt I, Entwistle V, "Unilateral" and "bilateral" practitioner approaches in decisión-making abaout treatment. Soc Sci Med. 2005;61:2611-27.
8. Davey E, Barrat A, Irwig L, Chan SF, Macaskill P, Manes P, Saville AM. Effect of study design and quality on unsatisfactory rates, cytology classifications, and accuracy in liquid-based versus conventional cervical cytology: a systematic review. Lancet. 2006;367:122-32.
9. Luengo S, Muñoz A. Uso de la citología de cribado de cérvix y factores relacionados con el uso de la prueba en España. Aten Primaria. 2004;33:229-36.

¿Está justificada la prevención primaria y secundaria del cáncer de pulmón y del cáncer de cérvix?

C. Cabezas Peña

Cáncer de pulmón y cáncer de cervix son dos ejemplos de enfermedades graves, pero de diferente frecuencia en nuestro medio, en que coexisten estrategias de prevención primaria y secundaria. La situación es inversa en algún sentido. Frente al cáncer de pulmón la estrategia de prevención primaria mediante la prevención del inicio y la ayuda para dejar de fumar es la estrategia establecida frente a la que ha llegado hace poco la estrategia de cribado. En 2004 murieron por cáncer de pulmón 19.092 personas en España (16.651 en varones y 2441 en mujeres). De forma concreta, entre 1990 y 2004 la mortalidad por tumor maligno de pulmón ha experimentado un aumento del 60,27% en las mujeres.

Según los modelos utilizados actualmente, la curva de mortalidad por cáncer de pulmón es paralela a la del consumo de tabaco con un lapso de tiempo aproximado de 35 años. La evidencia de la relación entre el tabaco y el cáncer de pulmón se basa en numerosos estudios retrospectivos y prospectivos. El riesgo relativo de mortalidad por esta enfermedad es aproximadamente de 22,4 para los varones fumadores y del 9,4 para los exfumadores; y del 11,9 para las mujeres fumadoras y del 4,7 para las exfumadoras. En España, el 90,5% de las muertes por esta causa en varones y el 44,1% de las que se producen en mujeres son atribuibles al consumo de tabaco. En todos los estudios prospectivos se ha evidenciado una importante reducción del riesgo de sufrir cáncer de pulmón al dejar de fumar, de forma que después de 10 años el riesgo es de un 30 a un 50% del de los que continúan fumando, a pesar de que se mantiene más alto que el de los no fumadores muchos años después de dejar de fumar.

A pesar de esto, los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 (aún preliminares) muestran que un 29,95 de la población de 16 o más años fuma (27,01 diariamente y 2,94 ocasionalmente). Esto corresponde a un 35,84% de los varones y un 24,33% de las mujeres.

Existen intervenciones de consejo y asesoramiento que tienen efectividad probada tanto desde las consultas de atención primaria como especializada. Diversos tipos de ayuda farmacológica tienen también la efectividad probada. Más aún, estrategias globales de control desde la vertiente de la salud pública como las medidas legislativas que incluyen disminución de la accesibilidad sobre todo para las personas jóvenes, aumento de precios, prohibición del consumo en lugares públicos y la ayuda a dejar de fumar entre otras tienen una efectividad mayor. ¿Qué papel tienen en esta realidad los test de cribado? En la mesa se revisará cuál puede ser ese posible papel.

En cuanto al cáncer de cervix la realidad es, como se ha dicho antes, inversa. Lo que está establecido son los programas de cribado mediante test de Papanicolau.

La Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) estimó la incidencia de cáncer cervical en España en 2002 en 2.103 casos. Esto supone una tasa de 7,6 casos por 100.000 mujeres, una de las más bajas de Europa. La mortalidad detectada en 2005 por el Instituto Nacional de Estadística (INE) fue de 594 fallecimientos, lo que supone una tasa ajustada por edad de 2 muertes por 100.000 mujeres. La edad media de defunción fue de 63 años. Las cifras de mortalidad están también entre las más bajas de Europa. Representa el 1,7 % de todas las muertes por tumores malignos

La larga evolución de la enfermedad desde lesiones preneoplásicas hasta la invasión permite que la detección precoz a través de programas de amplia cobertura, utilizando la citología de Papanicolaou, posibiliten una reducción de la incidencia y mortalidad de cáncer de cérvix en la población diana. En España, el cribado es oportunista, y no se ha observado un descenso en la incidencia de cáncer de cérvix en contraste con la mayoría de países europeos. En estudios de series de casos en nuestro medio se ha observado que en un 81,7% no había una citología previa, mientras que en un 18,3% se disponía de información de al menos una citología previa. Se han identificado importantes oportunidades de mejora en los programas de cribado, como por ejemplo la necesidad de aumentar la cobertura en personas de mayor edad (por encima de 50 años), o en clases socieconómicas bajas. Así también hay que adecuar la práctica a las recomendaciones actuales sobre todo en cuanto a la periodicidad del cribado o a la disponibilidad del test de VPH. Por otro lado la habilidad del patólogo y la acreditación de los servicios es importante.

En la actualidad se considera la infección por virus del papiloma humano como una condición necesaria, pero no suficiente para el desarrollo del cáncer de cervix. La prevalencia de infección se sitúa entre las más bajas del mundo (2-3% de la población general), aunque es muy variable según la edad. La gran mayoría de infecciones se resuelven por si solas en un período que depende del serotipo y de otros factores pero que suele ser menor de 2 años. Hay más de 100 serotipos del VPH, de los cuales hay unos 13 que son considerados de alto riesgo. Entre ellos los serotipos 16 y 18 son responsables de un 70% de los casos de cáncer de cervix.

Se dispone o dispondrá próximamente de 2 vacunas con unos muy buenos datos de eficacia en mujeres naïves (no infectadas) para estos serotipos. Dado que uno de ellos, el 16 es uno de los serotipos más frecuentes, es muy importante que la vacunación se realice antes de que se haya podido producir la infección, por lo tanto antes del inicio de las relaciones sexuales. La vacuna del papiloma es extraordinariamente cara e introducirla en el calendario vacunal supone un esfuerzo considerable en el panorama de la salud pública. Durante la mesa se valorarán los pros y los contras de ambas medidas.

MESA DEL PACAP

La dependencia y su abordaje desde la intervención comunitaria

Moderador:

L. Astray Coloma

Médico de familia. Centro de Salud de Labañou, A Coruña. Miembro del Comité Permanente del PACAP.

Ponentes:

I. Robles García

Secretario General del IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

J. Segura del Pozo

Médico salubrista. Médico de familia. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Conserjería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

M. Rodríguez-Losada Allende

Trabajadora Social. Técnica del Servicio de Coordinación Sociosanitaria de la Conserjería de Sanidad de la Junta de Castilla-León.

M. Pujiula Blanch

Médico de familia. ABS Salt. Unitat Docent de Medicina Familiar i Comunitària de Girona. Institut Català de la Salut (ICS). Girona.

Introducción a la mesa

L. Astray Coloma

Muchos ginecólogos pautan a las mujeres tratamientos para la osteoporosis cuando entran en la menopausia.

Se organizan campañas populares y gratuitas para hacer densitometrías en los centros cívicos u otros locales de la comunidad a todas las/os que se acerquen. Muchos salen con la recomendación de que soliciten tratamientos a su médico.

Hace unos días en mi Centro de Salud, un compañero reumatólogo del Hospital y una compañía farmacéutica protagonizaron una sesión de actualización acerca del uso de bifosfonatos para evitar la osteoporosis y las fracturas en los ancianos. Las evidencias científicas expuestas demostraban la necesidad de un screening mediante densitometrías y la consiguiente necesidad de prescripción de fármacos de forma continuada a un buen porcentaje de mujeres postmenopáusicas. La exposición iba acompañada de un buen número de datos y beneficios económicos que tal medida representaba. El mensaje era que había que ser mucho más generosos con los tratamientos.

Cuando salía del Centro de Salud, se me vino a la memoria las dificultades que, según me cuentan, tienen las mujeres del barrio para ser admitidas en las actividades de ejercicios de mantenimiento, yoga o aerobic, que ofrece el Centro Cívico Municipal, 30 plazas para el triple de solicitudes. Y yo pensaba…. ¿Qué será más determinante para evitar el riesgo de fracturas: la prescripción de un fármaco que cuesta unos 30 euros al mes y que los estudios de cumplimentación hablan de menos del 50% al año de tratamiento, o dos sesiones semanales de ejercicios de mantenimiento, por otra parte con múltiples beneficios añadidos relacionados con la salud física y psicosocial?

Claro que eso no lo podemos recetar tan alegremente desde el Centro de Salud, porque estamos implicando otros recursos del territorio, con los que no tenemos contacto.

Y yo seguía pensando…. Y si nos pusiéramos de acuerdo con Servicios Sociales, ¿sería posible promover un aumento considerable de las plazas para anotarse a la gimnasia?, y disponer de más monitores, cuanto costaría?

Claro que también se podrían aumentar las plazas para el taller de memoria del Centro Cívico, y los Centros de día, y los comedores para mayores, y los espacios de socialización de carácter público, y los viajes organizados, y programas adaptados de estudios, y grupos de apoyo, y...

Y también se me ocurrió que habría que pensar en un urbanismo más humano, más adaptado a las necesidades de los mayores, y que decir de las condiciones de la vivienda, del apoyo asistencial y afectivo, de la perspectiva de género, de la sexualidad, de la integración a una vida productiva adaptada a la edad...

Ya estaba de nuevo con mis utopías y mis sueños.

Desde el PACAP trabajamos con estas utopías y estos sueños, para hacerlas posible, para dotarlas de base científica, para introducirlas en los objetivos, la investigación, y las agendas y carteras de servicio de los Centros de Salud.

Para tener, como profesionales de la Atención Primaria, una visión global de los problemas de salud y saber contextualizarlos en nuestro territorio.

Para abrir el Centro de Salud a la comunidad y aprender a relacionarnos con profesionales de otros servicios. Para hacer con la comunidad un proceso educativo que sitúe la salud como un problema de todos, para poner en marcha con la comunidad programas y actividades que aumenten el bienestar físico, psíquico y social, entre otros, de los/as mayores.

Para movernos (física y mentalmente) de la silla del despacho y colaborar y/o promover con el resto de los actores sociales e institucionales, procesos de participación que contribuyan a la mejora de la salud y de la calidad de vida.

El envejecimiento fisiológico está muy condicionado por los determinantes sociales e intervenir sobre ellos requiere de un abordaje multisectorial y es en el territorio del Centro de Salud donde los profesionales del Equipo de Atención Primaria pueden y deben jugar un papel importante.

Contribuir a que las personas de edad gocen de buena salud y sigan contribuyendo al bienestar de sus familias y de su comunidad requiere de una atención primaria de salud sensible a las necesidades de los mayores y deberá incluir iniciativas comunitarias encaminadas a la promoción de un envejecimiento activo y saludable a lo largo de todo el ciclo vital, así como planes y programas multisectoriales que tengan en cuenta los aspectos de género y reconozcan y atiendan los derechos y las necesidades de los hombres y mujeres de edad avanzada.

El objetivo de esta mesa es analizar los determinantes de la dependencia, abordar la necesaria coordinación con los servicios sociales y preguntarnos: ¿que podemos hacer desde el centro de salud por la promoción de la salud y calidad de vida de las personas mayores?

Los determinantes sociales de un envejecimiento activo y saludable; ¿es posible promover la calidad de vida de las personas mayores sin cambiar sus condiciones de vida?

J. Segura del Pozo

Una parte importante de mi vida profesional la he dedicado a *vincular lo biológico con lo social*, o mejor dicho, con lo psicosocial. Y no solo por una orientación ideológica determinada del mundo, sino por una cuestión de *eficacia técnica*. Creo que no podemos tener buenos resultados previniendo enfermedades y mejorando la calidad de vida de la población, sin incorporar este vinculo psicosocial en nuestros análisis y nuestra acción.

El envejecimiento es uno de los procesos mas asociados a lo biológico, y así se percibe por la población. Envejecer es un proceso biológico, tal como

la muerte. Todos estamos de acuerdo, pero también en que hay diferentes maneras de envejecer. Y que algunos, aun naciendo al mismo tiempo, mueren antes que otros, y mueren por causas diferentes. Y estas diferencias están marcadas muy intensamente por lo social.
La muerte es "democrática", nos llega a todos, a ricos y a pobres, a religiosos y ateos, pero la idea de que morimos, enfermamos o nos discapacitamos de forma diferente, según nuestra posición en la escala social, sigue siendo, por desgracia, un hecho sorprendente para el gran público. Y, lo que es más grave, se sale del mensaje medico dominante.
Ha calado de forma muy profunda la idea de que las enfermedades vienen condicionadas por factores ajenos a lo social: factores genéticos, la invención de nuevas tecnologías sanitarias o la libre elección individual de hábitos saludables o estilos de vida.
Por lo tanto, y volviendo al tema que nos ocupa, y a la pregunta que me ha pedido el PACAP que ayude a contestar, desde esta *perspectiva a-social de la salud* vigente y dominante, promover la calidad de vida de los ancianos pasaría por la esperanza en la ingeniería genética (que encontrará "el milagro" para vivir mas años y de mejor forma), por la aparición de nuevos fármacos o técnicas diagnosticas, que permitieran un diagnostico mas precoz y un tratamiento mas exitoso de las enfermedades que acortan y empeoran la vida (por ejemplo, el cáncer); o bien, la adopción por parte de la población de hábitos de ejercicio o alimentación que favorezcan vivir mejor la vejez.
Sin embargo, con esta perspectiva nos olvidamos de que la calidad de vida de los ancianos (y sobre todo de las ancianas) esta fuertemente determinado por lo social. Por sus condiciones de vida y su situación en la escala social. La epidemiología nos aporta múltiples indicadores sobre ello. Aquí solo traigo algunos ejemplos, que probablemente conozcan:
Las encuestas nacionales y regionales de salud nos ilustran como *la percepción del estado de salud* en las personas mayores es peor en las clases sociales más desfavorecidas (independientemente de la medida utilizada: clase ocupacional, nivel de estudios, renta media, etc.). Estos mismos estudios encuentran un gradiente social en la *prevalencia de enfermedades crónicas*, *estados y hábitos de salud*, tan presentes en las consultas de Atención Primaria, cómo son la diabetes, la hipertensión, la obesidad o el tabaquismo.
La encuestas de *discapacidades* nos ilustran de que el riesgo de que una persona mayor de 64 años este discapacitada es tres veces mayor (2,8 veces mayor en los hombres y 3,1 veces mayor en la mujeres) en las personas con un nivel de estudios insuficiente (analfabetos o sin estudios), en comparación con los que tienen estudios universitarios (una vez seleccionadas las personas que iniciaron la discapacidad después de los 30 años, periodo en el que se ha finalizado generalmente el máximo nivel de estudios). Resultados similares tenemos cuando medimos el gradiente social a través de los ingresos mensuales medios.
Los estudios de años potenciales de vida ajustados por discapacidad, también nos indican que las personas con menos recursos socio-económicos tienen más posibilidades, no solo de tener una menor esperanza de vida, sino de vivir menos *años libres de discapacidad* (pondremos algunos ejemplos).
Estudios ecológicos recientes sobre *mortalidad en áreas pequeñas* de las grandes ciudades españolas (proyecto MEDEA), muestran como es significativamente más probable morir por cáncer de pulmón, enfermedad isquémica del corazón, enfermedades del sistema respiratorio y cirrosis en hombres que residen en las secciones censales más deprimidas de la mayoría de las ciudades. En las mujeres, parece apuntarse a un mayor riesgo de mortalidad por diabetes y cirrosis en barrios con mayor privación social y material.
Tener menos recursos sociales y económicos no solo te predispone a enfermar o estar discapacitado por ciertas causas, sino a que estas enfermedades tengan peor pronostico. Esto se vio claramente cuando estudiamos el impacto de la *ola de calor de 2003* sobre la mortalidad en los ancianos de Madrid. Los fenómenos térmicos extremos (ola de calor o de frió), que a nivel mediático y de la población son percibidos como "naturales", dejan de serlo y se convierten en "sociales", cuando evaluamos el impacto diferencial sobre la salud de las personas. La máxima mortalidad se dio en las zonas del sur de la ciudad de Madrid, donde convergieron tres factores:" isla de calor", proporción de octogenarios viviendo solos y bajo nivel de renta.
A eso se añade el que el fenómeno de *envejecimiento* va asociado fuertemente en nuestro país a un fenómeno de *feminización y pauperización*, debido a que en las cohortes actuales, hay mayor proporción de personas que llegan a los 70 y 80 años siendo mujeres, sin historia laboral fuera del hogar previa y, por lo tanto, teniendo que vivir de la pensión de viudedad, que como saben son las de menor cuantía.

Una vez que estamos convencidos que lo social influye en la salud, el problema es cuando nos planteamos qué hacer con esta realidad. ¿Podemos ir más allá del análisis, de la producción de información a través de estudios epidemiológicos? ¿Podemos reorientar nuestra práctica, nuestra acción sanitaria para ayudar a mejorar las posibilidades de vivir una vejez "mas activa y saludable" a la población con peores oportunidades? Es decir, *¿Dónde y cómo actuar para reducir las desigualdades sociales en salud?*
Una de las metáforas conceptuales mas operativas es la de las soluciones *corriente arriba y corriente abajo*. El proceso causal entre estratificación social y salud habría que pensarlo como un río, cuyo manantial estaría representada por el *modelo político, económico y social*. El curso alto del río, fuertemente determinado por las características del manantial, serían *las desigualdades en oportunidades* de educación, ocupación e ingresos. Estas a su vez determinaran el curso medio, los llamados *"factores intermedios"* (bienes materiales, factores ambientales o laborales, factores psicosociales y hábitos nocivos para la salud), que "desembocarían" en la mala o buena salud
Ejemplos de intervenciones o soluciones "corriente arriba" o "corriente abajo" serían:

a) A nivel del manatial: cambios en las reglas de acceso y distribución de la riqueza, cambio en las prioridades del gasto público.
b) En el curso alto del río: aumentar las oportunidades empleo, abolir el empleo precario, prevenir el fracaso y abandono escolar, reducir la pobreza, etc.
c) En el curso medio del río: acceso a vivienda de calidad, "Psicohigiene", aumentar la cohesión social (Voluntariado, Asociacionismo, Participación), cambio de conductas nocivas en grupos desfavorecidos (a través de la promoción de la salud).
d) En el tramo final (cuando la mala salud ya está presente): mejorar los cuidados de salud a los desfavorecidos (eliminar barreras de acceso a los servicios sanitarios)

Las *soluciones "corriente arriba"* serian más difíciles, pero teóricamente más eficaces al impactar sobre más factores, o sobre factores con mayor potencialidad causal. Sin embargo, estos factores son menos o nada dependientes del sector sanitario. Son vulnerables por políticas publicas fiscales, educativas, laborales, de empleo, vivienda, urbanísticas, medioambientales, sociales, etc. La ley de dependencia es un ejemplo de soluciones "corriente arriba"
Por el contrario, las *soluciones "corriente abajo"* son más fáciles o sencillas, aunque nunca podrán eliminar el problema de origen. Estas son además más dependientes del sector sanitario (promoción de la salud, reforma de los servicios asistenciales
Es decir, parecería que *las políticas públicas marcarían la diferencia*. Pero, ¿qué tiene que ver la Atención Primaria con estas políticas? *¿Cual debe ser el papel del medico de familia y comunidad respecto a estos determinantes sociales?* Yo me conformaría con dos, muy importantes. A saber, que:

1. Evite *descontextualizar los problemas de salud* cuando atienda a un paciente. El uso simplista de las tablas de riesgo cardiovascular (SCORE; FRAMINGHAM) es un ejemplo. Pronostican (basándose en "la evidencia") un riesgo de morir en unos años, a partir de las cifras de tensión arterial, colesterol, peso, etc. Dan a entender que el riesgo es universal y desligado de las condiciones de vida concretas de la persona, además de culpabilizar al paciente por sus malos hábitos de vida.
La actitud contraria es el ayudar al anciano a que conozca los elementos de sus condiciones de vida que no le favorecen la salud (llamémoslo ayuda a la toma de conciencia o pedagogía social) y darle instrumentos para que colectivamente se auto-organice para mejorar su salud (aunque a algunos les suene esto una proclama de agitación revolucionaria, es la definición del termino de salud publica)
2. Inserte la acción del nivel de Atención Primaria en un proyecto más global con otros profesionales e instituciones (Salud Pública, Servicios Sociales, Deportes, Ayuntamientos) que trabajan en el territorio, marcando objetivos comunes, evaluándolos y aprovechando las sinergias creadas por la acción común. A esto a veces se le llama *proyecto de intervención socio-sanitaria*.
Es decir, *¿Es posible promover la calidad de vida de las personas mayores sin cambiar sus condiciones de vida?* Respuesta: *NO ¿Qué puede hacerse desde Atención Primaria?* Respuesta: *Contextualizar los problemas de salud, identificar sus determinantes colectivos e insertar su acción en un proyecto de intervención socio-sanitario en su comunidad.*

La atención a la dependencia: un enfoque integrador

M. Rodríguez-Losada Allende

Cuando el mes de diciembre del año pasado se aprobó la llamada Ley de Dependencia, la población tuvo una sensación ambivalente, por una parte se nos decía que el cuarto pilar del estado de bienestar se había hecho realidad, tras el sistema de salud, la educación pública y las pensiones, y que con ello, todas las personas con dependencia iban a estar atendidas, mientras que por otro lado los argumentos descalificadores hacia la ley, que la tachaban de pura demagogia sin contenido se habrían paso entre los colectivos de personas con necesidades efectivas de apoyos, los políticos de la oposición y los colectivos profesionales que se sentían menospreciados.

Entre unos y otros, los profesionales sanitarios, observamos el acontecimiento con una mezcla de esperanza y desconfianza, toda vez que era un hecho objetivo que ni en la elaboración, ni después en su desarrollo, se había contado con el sistema de salud para poner en marcha un dispositivo asistencial tan ambicioso como el que se anunciaba y que a todas luces estaba dedicado a la atención de personas que por problemas de salud fundamentalmente, necesitan apoyos. Esta relación causa efecto, nos hacía pensar que cierta conexión entre ambos sistemas habría sido importante desde el desde el comienzo de la gestación de la ley.

La realidad hoy es que la Ley esta en vigor. Concebida fundamentalmente como un reforzamiento del sistema de Servicios Sociales, en cuanto que genera un derecho de atención universal según la situación objetiva de dependencia, se ha circunscrito a proporcionar unos apoyos sociales escasos. Sin embargo, para el reconocimiento del derecho es preceptivo un informe de salud, que debe ser realizado por profesionales del sistema público, y la aplicación de un instrumento de valoración, tipo escala, que debe relacionarse con el informe de salud, aun cuando en muchos casos lo profesionales que lo aplican no sean sanitarios.

Toda esta realidad, ha hecho que al menos en algunas comunidades, el Sistema de salud y el de Servicios Sociales, hayan preferido trabajar juntos la implantación de la Ley, por tres motivos fundamentales: cercanía a la población general del sistema de salud, eficiencia en la utilización de profesionales de ambos sistemas, y coincidencia en la base metodológica del instrumento de valoración (BVD), con la valoración enfermera de los EAP.

Además, el establecer un proceso de valoración compartido entre los dos sistemas de atención, permitirá en un futuro próximo realizar, también, planes de intervención integrados sobre las personas, que viviendo en su casa, reciban prestaciones por dependencia a la vez que cuidados sanitarios domiciliarios. Con ello la calidad de ambos servicios se va a potenciar, e indudablemente la percepción de la población va a ser más satisfactoria.

En esta estrategia de acercamiento de los sistemas de atención, de salud y de servicios sociales, sobre las personas con dependencia, la coordinación sociosanitaria estructurada y no voluntarista se convierte en una herramienta básica para que las prestaciones y servicios, lleguen a los ciudadanos de forma conjunta, y para garantizar la efectividad de los resultados. Es aquí, donde la respuesta que nosotros hemos articulado se hace real.

Pero es necesario para entender nuestra opción, remontarse a hace mas de 10 años, cuando ya es patente la irreversibilidad de los cambios demográficos de la sociedad española, la modificación del papel de las mujeres, el incremento de los costes del sanitario, etc… a los primeros y tímidos acuerdos entre los ministerios de Sanidad y Servicios Sociales sobre la necesidad de coordinar las políticas de ambos. Ha partir de ahí, muchos han sido los trabajos, estudios, propuestas y alternativas que se han barajado para tratar de llenar lo que se ha llamado el espacio sociosanitario, hoy claramente ligado a situaciones de dependencia. De todo ello, solo dos opciones se manifestaron como alternativas posibles.

La primera se concretaba en crear un espacio sociosanitario específico que definiera su propia red de atención y fuera capaz de dar todos los servicios que se mostraban deficitarios para aquellas personas que potencialmente se definían como usuarios sociosanitarios y que en la práctica recogía, de forma nada clara, el gran colectivo de las personas a las que el sistema sanitario consideraba que ya no podía atender, aun cuando tuvieran gran necesidad de cuidados sanitarios y las que el sistema de servicios sociales excluía porque en razón de su patología consideraba muy gravosa su atención para los recursos de los que ellos disponían. En este colectivo se incluían por tanto toda la población que por edad, enfermedad crónica, discapacidad... parecía que no "eran de nadie", ya que ningún sistema de atención los reivindicaba como propios. No obstante, esta alternativa tuvo cierto auge y algunas zonas la desarrollaron, si bien es verdad que no de forma absolutamente autónoma, dado que siempre lo adscribieron a alguno de los sistemas existentes, como en el caso de Cataluña, donde la atención sociosanitaria se convirtió en un nuevo nivel del sistema de salud. Con ello se posibilito la creación de recursos, pero con los años, volvió a reproducir muchos de los problemas que habían estado en su génesis, siendo quizá el más importante la falta de movilidad intersistemas, en función de las necesidades de la persona atendida.

La otra opción, mucho más compleja en su concepción, partía de consolidar dos redes fuertes, con recursos, financiación y procedimientos definidos y establecía un sistema de coordinación entre ambas, que las hiciera permeables en función de las necesidades de la persona a atender, adaptando el recurso o el servicio disponible.

Con esto, se modificaba el discurso tan frecuente entre los profesionales y las administraciones de "esto no es mío", por otro mucho mas incluyente y proactivo, de "esto es nuestro" y por tanto es responsabilidad de la Administración en su conjunto y de todos los profesionales de la misma, darle una respuesta. Es evidente que un planteamiento así, exige un fuerte compromiso de la Administración en su conjunto y por tanto todo un sistema estructurado y normativo para que esta respuesta sea posible.

En los últimos cinco años, en Castilla y León hemos establecido una estructura de coordinación sociosanitaria que se basa en una red de "Equipos de Coordinación de Base" (ECB) que cubren todo el territorio. Los Equipos, que tienen una composición reconocida normativamente y están formados por profesionales de los EAP y de los CEAS (Centros de Acción Social Básica), se reúnen de forma periódica para trabajar juntos los casos complejos de sus zonas, así como para organizar actividades de educación para la salud, apoyo a cuidadores, etc. Trabajan con una metodología específica (gestión por procesos) y utilizan una herramienta común para la valoración, planificación de la intervención y seguimiento, de los casos que deciden trabajar conjuntamente, la Guía de Gestión Compartidas de Casos.

La coordinación sociosanitaria es por tanto una organización formal, pero virtual. Los Equipos se reúnen cuando es necesario (normativamente al menos cada dos meses), para valorar conjuntamente el caso, ponen en común los datos, los contrastan y llegan a acuerdos en un diagnostico común. Establecen de la misma forma un plan de intervención, que si no soluciona, al menos mejora la situación, y para llevarlo a la práctica, asumen las tareas que les son propias a cada uno según su red asistencial. Juntos también realizan el seguimiento del caso en el tiempo, hasta su cierre. Por último, el ECB define los servicios o recursos que hubieran sido necesarios para una mejor atención del caso y que no pudieron obtener, y los derivan a otros escalones de la estructura, o a los propios gestores, señalando nichos de mejora tanto de procedimientos como de adecuación o implementación de recursos y servicios.

Las estructuras de coordinación sociosanitaria están permitiendo, en la práctica, hacer de la aplicación de la Ley de Dependencia un campo común de trabajo, en el que la intervención de ambas redes de atención de forma sistemática y complementaria, va a permitir mejorar en breve plazo la atención directa a las personas, a la vez que posibilita de forma real la intervención comunitaria, a través de los programas integrados que poco a poco van creciendo al socaire de la relación y el conocimiento mutuo.

"Cuidado con las caídas, podemos evitar fracturas". Una intervención comunitaria para la prevención de las caídas en ancianos

M. Pujiula Blanch

Esta es la experiencia de un centro de salud (CS) urbano-rural de la provincia de Girona que en aquellos momentos proveía los servicios de Atención Primaria a una población de 28.423 habitantes.

Debemos retroceder al año 1996 cuando se dieron una serie de circunstancias idóneas para que naciera este proyecto. Por un lado el interés de la nueva dirección del centro por potenciar el trabajo en equipo y la formación conjunta; y por otro, parte del equipo veía la necesidad de una aproximación comunitaria a los problemas de salud de la población.

Para realizar y elaborar este programa utilizamos la metodología de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). Se realizó un análisis de la situación de salud de nuestra comunidad que concluyó en

un listado de problemas, sobre el cual se aplicó una priorización por los miembros del equipo de atención primaria y los representantes de la comunidad. Este hecho le otorga un valor social indudable, dado que quedan reflejadas la voluntad y las inquietudes de la comunidad en la cual trabajamos, además de crear un vínculo y un compromiso del equipo para llevarlo a término.
Inicialmente se priorizó el problema de falta de un programa global de atención a las personas mayores, que se acabó concretando en el problema de caídas en los ancianos.
Nuestro objetivo era disminuir el número de caídas y sus complicaciones en la población de ≥70 años de nuestro CS, mediante un programa de intervención multifactorial y comunitario, durante dos años.
Se planificó la intervención con estrategias de promoción, prevención y atención de los casos individuales. Las actividades programadas, más detalladamente, consistían en:

1. Intervención sobre los profesionales:

- Implantación del "Programa de prevención de caídas en los ancianos". Monitorización y feed-back del mismo.
- Presentación y discusión del material didáctico disponible.
- Formación específica.

2. Intervenciones individuales en la consulta o a domicilio:

- Cumplimentar el "Programa de prevención de caídas en los ancianos" en el Sistema de Información en Atención Primaria (SIAP) utilizado en nuestro CS para el registro informático de las actividades y problemas. El programa comprende las siguientes actividades generales:
a) Control de fármacos
b) Valoración del sensorio: Vista y audición.
c) Valoración de la motricidad.
d) Valoración de la Situación Familiar.
e) Recomendación ejercicio físico adaptado según las características individuales.
f) Vigilar nutrición, control de la obesidad, recomendar dieta rica en calcio.
g) Prevención de riesgos en el domicilio con entrega de material educativo de soporte.
h) Educación sanitaria respecto a la actuación en el caso de una caída.
i) Detectar problemas podológicos. Recomendar calzado adecuado.
j) Identificar aquellos pacientes de alto riesgo de sufrir caídas. Intervención específica sobre ellos.
k) Registro del número de caídas, su causa y sus consecuencias.

3. Actividades comunitarias:

- Edición de folletos informativos, un tríptico, un manual de ejercicios y un cartel.
- Concurso de dibujo entre las escuelas de los municipios.
- Intervenciones en los medios de comunicación.
- Conferencias informativas en cada una de las residencias geriátricas y centros de reunión de la tercera edad.
- Ofertar un programa de ejercicios específico para los ancianos.
- Participar en la organización de una caminata popular anual.
- Edición y difusión de un vídeo.
- Colaboración con los Ayuntamientos.
- Mantener el contacto con les representantes de la comunidad.

Remarcar que hemos trabajado en estrecha colaboración con los Ayuntamientos de la zona, concretamente de Salt, Aiguaviva, Fornells de la Selva, Bescanó y Vilablareix.
Esta actividad ha sido reconocida con diversas becas y premios, a destacar: Beca de la Fundació d'Atenció Primària Jordi Gol i Gurina año 2000; Beca FIS año 2000. 01/0790; Premio a la mejor comunicación oral en el XVI Congreso de Atención Primaria de la SCMFIC. Girona, 31 de mayo y 1 de junio de 2001; Beca Institut d'Estudis de la Salut 2004; Proyecto ganador del 15è Premi Ferran Salsas i Roig de Salut Comunitària. Rubí, 25 de abril de 2003.